



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mardi 5 décembre 2006 — Vol. 39 N° 68

Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant
la Loi sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives (8)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mardi 5 décembre 2006 — Vol. 39 N° 68

Table des matières

Étude détaillée	
Loi sur les services de santé et les services sociaux	
Coordination, surveillance, réglementation des services de santé et des services sociaux	
Les institutions régionales (suite)	1
Prestation des services de santé et des services sociaux	
Les établissements (suite)	5
Discussion par sujets (suite)	
Mécanismes de gestion de l'accès	21
Étude détaillée	
Loi sur les services de santé et les services sociaux	
Prestation des services de santé et des services sociaux	
Les établissements (suite)	21

Intervenants

M. Russell Copeman, président
Mme Yolande James, présidente suppléante
Mme Charlotte L'Écuyer, présidente suppléante

M. Philippe Couillard
Mme Louise Harel
Mme Solange Charest
M. Jean-Claude St-André
Mme Noëlla Champagne

Le mardi 5 décembre 2006 — Vol. 39 N° 68

**Étude détaillée du projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi
sur les services de santé et les services sociaux
et d'autres dispositions législatives (8)**

(Quinze heures vingt-deux minutes)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales. Nous sommes réunis afin de poursuivre l'étude détaillée du projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par Mme Harel (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Copeman): Merci. Les téléphones cellulaires, j'imagine, ont déjà été mis hors tension avant même de rentrer dans la salle, je suis convaincu.

Étude détaillée

Loi sur les services de santé et les services sociaux

**Coordination, surveillance, réglementation
des services de santé et des services sociaux**

Les institutions régionales (suite)

Je suis avisé, d'une source assez fidèle et sûre, que nous sommes à l'article 12 du projet de loi, et il y avait, à l'intérieur de l'article 12, trois articles qui ont été suspendus. Est-ce qu'on convient de terminer l'étude de ces trois articles-là?

Des voix: ...

Le Président (M. Copeman): Bon. Il s'agit de l'article 349.5, 349.8 et 349.9. Alors, M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour l'article 349.5.

M. Couillard: En fait, M. le Président, nous allons commencer par retirer l'amendement qui abrogeait deux articles pour le remplacer par deux nouveaux amendements, un qui abroge 349.5, ce avec quoi nous n'avions pas de difficulté, hier; ensuite, une modification suggérée à 349.8 qui donc restera en place; et finalement une suggestion pour la question des ententes dans 349.2. On verra si on peut se mettre d'accord sur une formulation d'un amendement que nous pourrions présenter.

Donc, le premier amendement que nous pourrions circuler...

Le Président (M. Copeman): Dans un premier temps, M. le ministre, je comprends qu'il est convenu de

retirer l'amendement qui a été déposé hier? Excellent. Alors, le premier amendement, allez-y.

M. Couillard: Il s'agit donc de supprimer l'article 349.5 proposé par l'article 12. L'amendement précédent abrogeait deux articles. Là, maintenant, on a laissé uniquement 349.5. On a déjà eu cette discussion hier. Donc, je suppose qu'on pourrait procéder sans autre forme de procès.

Le Président (M. Copeman): Il y a des interventions sur l'amendement?

Mme Harel: Alors, je comprends, M. le Président, que c'est la suppression de l'obligation d'exclusivité qu'on retrouvait dans la loi à l'égard des usagers référés par les établissements. Donc, les cliniques médicales associées pourront recevoir deux types d'usagers, en fait deux types de patients, les usagers de l'établissement et les personnes qui se présentent directement à la clinique médicale associée.

M. Couillard: Par contre, il s'agit de médecins participants.

Mme Harel: Toujours avec médecins participants, la différence étant que, pour ceux des usagers qui sont référés par l'établissement, il n'y a pas de...

M. Couillard: Frais accessoires.

Mme Harel: Il n'y a pas de frais accessoires, c'est-à-dire, ce sont les frais équivalents à ceux qui auraient été...

M. Couillard: Demandés dans l'établissement.

Mme Harel: ...dans un établissement. Donc, pas de frais accessoires?

M. Couillard: Non. Voilà.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'amendement est adopté?

M. Couillard: Adopté.

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Alors, l'article 349.5 est en conséquence supprimé. L'article 349.8, M. le ministre.

M. Couillard: Alors donc, nous allons maintenant présenter un amendement spécifique à l'article 349.8. On va se souvenir de notre discussion hier. Suite à la présentation de cette abrogation suggérée, il n'était pas

apparu évident, même pour ce côté-ci, là, qu'il était encore nécessaire de procéder à cette abrogation, puisqu'on le liait à d'autres éléments et qu'on ne voulait pas remettre en question le but poursuivi par l'article qui est de permettre à l'établissement d'être au courant de quels sont les individus dans son centre médical qui participent aux activités de la clinique.

Alors, on suggérerait de remplacer 349.8, de remplacer la première phrase par la phrase suivante: «Lors de la signature d'une entente, l'exploitant de la clinique médicale associée doit remettre à l'établissement signataire la liste des médecins membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de cet établissement qui y dispenseront des services médicaux spécialisés.»

Vous vous souvenez, la difficulté qu'on avait, c'est qu'on aurait eu à transmettre des médecins d'autres CMDP, d'autres établissements, ce avec quoi la profession médicale n'était pas en accord. Cependant, on ne peut retirer la pertinence du fait que l'établissement soit au courant de qui travaille et fait quoi, de façon à dépister d'éventuels glissements de pratique ou modifications.

Mme Charest (Rimouski): Je pense que... Je peux y aller, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Oui, Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Merci. Je pense que l'amendement est beaucoup plus clair, parce que ça va nous permettre de pouvoir valider en quelque part, à partir de l'établissement, qui fait partie de l'entente avec la clinique médicale associée, ce qui n'était pas nécessairement aussi clair dans ce qui était sur la table. Donc, en ce sens-là, ça nous apparaît beaucoup plus recevable, sinon acceptable.

Le Président (M. Copeman): J'imagine que ça clôt la discussion sur l'amendement. Alors, est-ce que l'amendement est adopté?

Mme Harel: ...

M. Couillard: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Non? Pas tout de suite. Excusez-moi, Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Excusez, M. le Président, là, mais ça signifie qu'il peut y avoir plusieurs ententes, hein, c'est-à-dire qu'il pourrait y avoir plusieurs établissements qui, avec la même clinique médicale associée, signent des ententes et qu'à ce moment-là la clinique transmettrait à chacun des établissements la liste des médecins membres du Conseil des médecins. Mais, obligatoirement, les médecins dentistes et pharmaciens qui... excusez-moi, les médecins qui exercent à la clinique doivent... devraient tous...

M. Couillard: ...nomination tous du CMDP, d'un CMDP avec lequel ils...

Mme Harel: D'un CMDP. Obligatoirement?

M. Couillard: Oui. Et remplir les obligations qui leur sont...

Mme Harel: Ils ne pourraient pas exercer s'ils ne sont pas membres d'un CMDP?

M. Couillard: C'est-à-dire que, pour faire l'entente... On va revoir 349.7, là, la façon que le... «Tout médecin qui dispense dans une clinique médicale associée des services médicaux spécialisés prévus dans une entente doit préalablement être titulaire d'une nomination...» Alors, c'est: quand il y a une entente, quand c'est une clinique qui devient une clinique associée, il faut qu'il soit membre d'un CMDP.

Mme Harel: Mais, à ce moment-là, il pourrait y avoir, au sein de la même clinique médicale associée, des médecins participants qui exercent en dehors de l'entente et des médecins participants qui exercent dans l'entente.

M. Couillard: Pas ceux qui... Tous ceux qui dispensent les services qui sont visés par l'entente doivent faire partie d'un CMDP. Alors: «Tout médecin qui dispense dans une clinique médicale associée des services médicaux spécialisés prévus dans une entente doit préalablement être titulaire d'une nomination lui permettant d'exercer sa profession dans un centre hospitalier», etc.

Mme Harel: Donc, a contrario, il pourrait donc y avoir un médecin qui dispense, dans une clinique médicale associée, des services médicaux spécialisés qui sont hors de l'entente?

● (15 h 30) ●

M. Couillard: Hors entente, puis, à ce moment-là, ce médecin n'a pas à faire partie obligatoirement d'un CMDP, quoiqu'en pratique ils le sont tous, là, parce que c'est rare. Les cas de médecins spécialistes qui ne pratiquent que dans une clinique sont très rares, mais on insiste que ce soit le cas dans le cas d'une entente. Pourquoi? Parce qu'on veut en plus vérifier que les obligations sont remplies. Je pense qu'on répond aux objections des gens qui voulaient nous voir retirer l'article tout en maintenant sa substance, là. Voilà.

Le Président (M. Copeman): Alors, est-ce que l'amendement est adopté?

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'article 349.8, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. L'article 349.9.

M. Couillard: O.K. Je pensais... On ne l'avait pas fait encore, lui, 349.9?

Le Président (M. Copeman): Bien, l'article était suspendu.

M. Couillard: O.K. Ah! Parce qu'on référerait à 349.8. On va retirer l'amendement de 349.9 parce qu'il prenait en compte l'abrogation de 349.8.

Le Président (M. Copeman): Ça n'a pas été présenté, on me dit.

M. Couillard: Ça n'a pas été présenté? Bon, mais on l'avait dans nos listes. Alors, 349.9 donc demeure tel que déposé:

«Malgré le troisième alinéa de l'article 349.3, une agence peut mettre fin à une entente lorsqu'elle a des motifs raisonnables de croire que la qualité ou la sécurité des services médicaux spécialisés dispensés dans la clinique médicale associée n'est pas satisfaisante ou que l'exploitant d'une clinique médicale associée ou un médecin qui y exerce sa profession ne se conforme pas aux dispositions de l'un des articles 349.4 à 349.8 — donc, incluant le fait de ne pas s'acquitter des obligations, de ne pas être membre de CMDP, etc.

«Le ministre peut demander à l'agence de mettre fin à l'entente lorsqu'il a des motifs raisonnables de croire qu'une situation visée au premier alinéa se produit.

«Avant de mettre fin à l'entente, l'agence doit donner à l'établissement et à l'exploitant de la clinique médicale associée l'occasion de présenter leurs observations par écrit.»

Mme Harel: Je pense que c'est à cet article, M. le Président, que nous avons, à une heure tardive, hier soir, abordé la question du coût unitaire.

M. Couillard: On l'a peut-être abordée là ou à 349.3. Pourtant, nous allons, lorsque nous aurons terminé 349.9 et 349.10, revenir à 349.2 en suggérant un amendement qui nous permette d'y incorporer les soucis qui ont été manifestés du côté de l'opposition.

Mme Harel: Très bien. M. le Président, nous vous avons manqué, malgré que votre collègue a très, très bien présidé nos travaux, mais nous savions que vous étiez de tout coeur avec nous.

Le Président (M. Copeman): Absolument.

Mme Charest (Rimouski): Surtout à 23 h 45.

Mme Harel: Jusqu'à minuit, sûrement.

M. Couillard: Je sens que ses pensées ont constamment été à nos côtés, je suis certain.

Le Président (M. Copeman): J'étais absent physiquement mais avec vous moralement et...

Mme Harel: Amicalement.

Le Président (M. Copeman): Oui, aussi.

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Alors, l'article 349.9 est-il adopté? Adopté. Là, j'ai cru comprendre, M. le ministre, que vous souhaitiez rouvrir un article déjà adopté.

M. Couillard: 349.10 est déjà fait?

Le Président (M. Copeman): 349.10 est déjà fait. Exact.

M. Couillard: O.K., parfait. Alors, on va se souvenir de la discussion qu'on a eue hier, puis je vais présenter la réflexion qu'on a eue par la suite, qui amène la suggestion d'amendement que nous présentons.

On s'est demandé à quel moment la question des coûts unitaires entrait dans la réflexion et dans l'approbation ou non d'une entente, et il est certain que ça doit faire partie de la réflexion. Cependant, ce que nous avons également considéré, c'est la chose suivante: c'est que la question des coûts unitaires peut... certainement est un des aspects les plus importants du fait de conclure ou de proposer une entente, cependant il faudrait éviter de lier les ministres suivants uniquement sur cette question, parce qu'ils pourraient considérer avantageux d'ouvrir une entente dans des cas particuliers d'accès difficile, même si le coût unitaire apparaît supérieur à ce qu'il est dans l'établissement. Je pense qu'il faut éviter de trop former ou trop fermer cette question.

On a une suggestion de formulation qui vous est donnée à l'aide de cette proposition, qui serait à 349.2, à la fin du premier alinéa qui commence par: «Avant d'accepter la proposition de l'agence», on lui demande de vérifier, au ministre, «qu'elle est de nature à améliorer l'accessibilité [...] qu'elle n'affectera pas la capacité de production[...], notamment en regard de la main-d'oeuvre requise pour le fonctionnement de ce réseau», et on ajouterait:

«Il — en voulant dire, il, le ministre — est également tenu de prendre en compte les gains d'efficacité et d'efficacité conséquents à la mise en oeuvre de cette proposition.»

C'est moins direct que la question spécifique des coûts unitaires, mais ça les incorpore avec la notion d'efficacité et surtout plus d'efficacité. Est-ce qu'on pourrait dire: «notamment la question des coûts unitaires»? Peut-être. On pourrait le discuter. Cependant, vous comprenez l'objectif qu'on poursuit: on veut éviter de trop lier ou de trop fermer la question des ententes. Par exemple, dans certains cas, le gain en accessibilité, compte tenu des coûts que ça entraîne pour les personnes qui en souffrent, pourrait justifier un coût unitaire plus élevé, mais il faudrait donc l'incorporer dans une analyse d'efficacité et d'efficacité: d'efficacité, atteindre le meilleur résultat pour le même coût; d'efficacité, dans les buts poursuivis.

Le Président (M. Copeman): Dans un premier temps, est-ce qu'il y a consentement pour procéder à une nouvelle étude de l'article 349.2? Consentement?

Mme Harel: Consentement.

Le Président (M. Copeman): Consentement. L'amendement étant présenté, est-ce qu'il y a des commentaires, discussions, questions? Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: M. le Président, je lisais, avec un peu de retard, là, malheureusement, mais la revue

médicale qui portait sur l'ensemble du projet de loi n° 33, à la suite de la fin de nos travaux en commission parlementaire pour entendre les mémoires, là, et il y avait un titre qui avait attiré mon attention, ça disait ceci... je le résume un peu grossièrement, mais ça disait: Les hôpitaux maintenant responsables de la sous-traitance. Et c'était la vision en fait de ce que l'on retrouve dans le projet de loi concernant la possibilité de contracter avec des cliniques médicales associées, et c'était considéré comme étant de la sous-traitance.

Alors, est-ce qu'utiliser le gain d'efficience, hein, on sait que c'est finalement obtenir les mêmes résultats pour le même coût, en fait, hein...

M. Couillard: Le meilleur résultat possible pour un coût identique.

Mme Harel: Pour un coût identique.

M. Couillard: Le meilleur résultat possible, tandis que l'efficacité, c'est atteindre l'objectif poursuivi.

Mme Harel: Je ne sais pas ce qu'en pensent mes collègues, là.

M. Couillard: Ce que je pourrais ajouter à ça, c'est que, lors du débat politique qu'il y aurait après la signature d'une entente et des questions de l'opposition, par exemple à des questions des médias ou débats publics, ayant ajouté cette phrase, il faudrait nécessairement que le ministre puisse rendre compte de l'analyse qu'il ou qu'elle a fait des questions d'efficience et d'efficacité avant d'approuver ladite entente ou de la rejeter, par exemple. Parce que je suppose qu'il va y avoir des questions en cas de rejet d'une entente également autant qu'en cas d'approbation.

Mme Harel: Mais ça, évidemment, là, cet amendement donne des motifs pour refuser une proposition d'entente.

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire qu'il y avait des motifs dans le premier alinéa. Si on considérait qu'elle n'était pas de nature à améliorer l'accessibilité, qu'elle affectait la capacité de production, c'est tous des «ou», «et/ou», là, et, par exemple, notamment en regard de la main-d'oeuvre, il y a déjà des motifs de la refuser. Puis on ajoute également l'aspect systémique, si vous voulez, de ce qui est proposé sur le système de santé au niveau de l'efficience et de l'efficacité. Rappelons-nous que la proposition initiale de Michel Clair s'appuyait notamment sur des gains d'efficience. C'est comme ça qu'il la défendait lors de sa commission.

Mme Harel: Il est sûr, M. le Président, qu'il est toujours souhaitable qu'il y ait des conditions qui assurent que ça n'est pas une sous-traitance à rabais parce qu'il est évident que, comme le mentionnait ma collègue, si on ne prend en considération que les coûts unitaires, cela peut se faire aussi, disons, dans des conditions de chaîne de montage où finalement ça ne présenterait pas toutes les garanties.

M. Couillard: C'est la raison pour laquelle on pensait imprudent de lier les ministres qui auront à

prendre ces décisions à la seule question des coûts unitaires parce qu'à l'inverse on pourrait être forcé à ce moment-là d'approuver une entente pour la simple raison que le coût unitaire présenté serait plus bas, alors que, sur le plan de l'efficacité, sur le plan du résultat global, incluant les aspects, là, d'encadrement — mais ils sont quand même bien pourvus par le projet de loi — on peut y perdre globalement. Puis, encore une fois, on peut imaginer des situations où, dans l'avenir, on pourrait se trouver devant un problème d'accessibilité très ciblé sur une situation qu'on peut décider de vouloir régler de cette façon, même au prix d'un coût unitaire plus haut. Je pense qu'il faut laisser aux gouvernements de l'avenir la marge de manoeuvre nécessaire, mais cependant ils doivent rendre compte maintenant. On pourra leur poser la question: Bien, lorsque vous avez approuvé ou rejeté cette entente, quelle évaluation avez-vous faite des aspects d'efficience et d'efficacité?

Mme Harel: Est-ce que ce sera rendu public. les motifs, en vertu desquels le ministre accepte ou refuse la proposition de l'agence?

● (15 h 40) ●

M. Couillard: Ce n'est pas prévu, mais je suppose que les documents de correspondance pourraient être accessibles selon l'accès à l'information puis, comme toute entente, une fois signée, elle sera accessible également. On va le demander à nos collègues. Est-ce que c'est accessible à...

(Consultation)

M. Couillard: C'est ça. S'il y a des documents, ils seront nécessairement accessibles en vertu de la Loi sur l'accès.

Mme Harel: Mais est-ce que c'est de nature contractuelle avec en fait une clinique médicale associée qui est une entreprise incorporée, qui peut être une entreprise incorporée à but lucratif? Et est-ce que la confidentialité du contrat pourra être invoquée pour empêcher la publication?

Mme Charest (Rimouski): C'est une bonne question parce que c'est un partenariat public-privé. Et est-ce que le privé va exiger...

Mme Harel: On a vu dernièrement, M. le Président, hier, à l'occasion de la période de questions, un échange sur les fonds publics qui sont utilisés, dans le cadre du programme FIER, avec des entreprises qui soumissionnent pour pouvoir obtenir des subventions, mais qui invoquent le caractère commercial contractuel pour ne pas accepter de dévoiler les ententes ni les montants d'argent qui sont en jeu.

M. Couillard: Évidemment, moi, je ne suis pas sûr qu'on est prêt à répondre à cette question très précise. On va faire une vérification.

Mme Harel: D'accord.

M. Couillard: Je pense que... Ma suggestion, c'est qu'on procède. Puis on va vous revenir avec des renseignements plus précis là-dessus.

Mme Harel: Je dois dire que j'ai été alerté à cette question-là en lisant, ce matin, les déclarations du Commissaire à la santé. C'était la première fois qu'on pouvait...

M. Couillard: ...manifestation.

Mme Harel: Oui. Disons qu'on pouvait comprendre qu'il existait. Et c'était sa première, disons, sortie publique, hein, je pense.

M. Couillard: Bien, il en a fait d'autres dans des colloques, mais qui n'ont pas été médiatisées.

Mme Harel: En fait, c'était la première sortie publique médiatisée. Et je comprends qu'il peut agir de son propre chef, faire ses enquêtes de sa propre initiative et... Va-t-il être, disons, impliqué dans ces ententes?

M. Couillard: Pas dans la conclusion de l'entente. Il peut être impliqué cependant a posteriori, dans le jugement qu'il pourrait porter sur l'effet de ces ententes-là sur le système de santé et sur l'accessibilité, notamment.

J'en profite pour signaler qu'il est en train de constituer son forum, constituer son forum de la population, qui va être un outil important.

Mme Harel: Le Commissaire à la santé a-t-il, de par son statut, accès à l'ensemble des informations, nonobstant, là, l'accès à l'information?

M. Couillard: On va sortir la loi constitutive. Mais, en ce qu'il me souvient, il peut avoir accès à tous les documents qu'il juge nécessaires.

Mme Harel: Tous les documents, y compris...

M. Couillard: On va le vérifier. On va vérifier.

Mme Harel: Et son forum, il le forme à partir de janvier prochain?

M. Couillard: C'est-à-dire qu'il y a un règlement qui est, je pense, en phase de prépublication maintenant pour la constitution du forum des citoyens, un forum de la population qui est de 27 personnes, avec neuf personnes qui sont des experts du secteur de la santé, incluant l'éthique et l'évaluation des technologies, et 18 citoyens et citoyennes qui doivent être représentatifs de l'ensemble des régions socioculturelles, etc.

Mme Harel: Est-ce qu'il y aura un représentant citoyen par région?

M. Couillard: Il faut que ce soit représentatif. Donc, théoriquement, il faut qu'il y en ait par régions, là.

Mme Harel: Ça veut dire qu'à Montréal, il n'y en aurait qu'un.

M. Couillard: Il peut décider... On veut lui laisser le plus de liberté possible. Il peut décider de le faire au prorata de la population également, mais, en faisant ça, il va laisser de côté certaines régions. Et

l'important, c'est que ce soient des personnes qui soient le plus indépendantes possible.

Et volontairement, compte tenu des discussions qu'on a eues dans ce projet de loi là, je me tiens personnellement assez loin de ses décisions et de la façon dont il procède.

Mme Harel: Faut-il penser que ce seront des citoyens et citoyennes, là, qui seront membres de ce forum dès le printemps prochain?

M. Couillard: Il devrait être en place. Oui. Certainement. Oui. Et je rappelle que chaque avis qu'il donne, soit d'initiative, soit sur demande, soit dans le cadre de son rapport annuel, doit faire l'objet d'une consultation au niveau du forum de la population.

Le Président (M. Copeman): Sommes-nous assez confortables pour voter sur l'amendement? Est-ce que l'amendement est adopté?

Mme Harel: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Est-ce que l'article 349.2, tel qu'amendé de nouveau, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Est-ce que l'article 12, tel qu'amendé, est adopté?

Mme Harel: Sur division.

Prestation des services de santé et des services sociaux

Les établissements (suite)

Le Président (M. Copeman): Sur division? L'article 5.

M. Couillard: 5. Alors, allons à l'article 5.

Mme Harel: M. le Président... Est-ce qu'il y a des formulaires à obtenir pour s'inscrire, donner... donner son nom ou être candidat?

M. Couillard: La procédure est en cours d'élaboration.

Mme Harel: D'accord.

M. Couillard: Ce qui est prévu, c'est que le commissaire va pouvoir utiliser, dans le projet, là, va pouvoir utiliser un tiers qui va lui soumettre des candidatures de façon à ce qu'il ait le plus d'éloignement possible.

Le Président (M. Copeman): Alors, à l'article 5 du projet de loi, M. le ministre.

M. Couillard: Article 5. Alors, il y a un amendement pour l'article 5, et on va lire l'article...

Le Président (M. Copeman): Tel quel.

M. Couillard: ...tel quel, incluant l'amendement.

Le Président (M. Copeman): Non, je préférerais qu'on fasse lecture de l'article tel quel, puis, après ça, on va présenter l'amendement.

M. Couillard: O.K.

Mme Harel: O.K.

M. Couillard: Alors, l'article 108 de cette loi était de nouveau modifié par l'insertion, après le premier alinéa, du suivant:

«Toutefois, un établissement ne peut conclure une entente visée au premier alinéa avec l'exploitant d'un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3 ou avec un professionnel non participant au sens de la Loi sur l'assurance maladie sans avoir obtenu l'autorisation préalable du ministre.»

Alors, on modifie l'article 8, maintenant, tel qu'il se lira... C'est le fameux article 108, pardon:

«Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:

«1° la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement;

«2° la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.»

Et on ajoute: «Toutefois, l'autorisation préalable du ministre est requise pour conclure une entente avec l'exploitant d'un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2°[...] — donc, lire un centre médical de médecins non participants — avec un professionnel non participant — individuel — au sens de la Loi sur l'assurance maladie ou lorsque l'entente vise un service assuré considéré comme non assuré en vertu de cette dernière loi.»

Alors, il s'agit donc de clarifier en venant préciser que l'article ne pourra pas être utilisé si l'établissement ne demande pas l'autorisation pour entreprendre une relation ou une entente avec un médecin non participant individuel, avec un centre médical spécialisé de médecins non participants ou lorsqu'on vise un service assuré considéré non assuré en vertu de cette dernière loi. Exemple: les résonances magnétiques en cabinet.

Le Président (M. Copeman): M. le ministre, le deuxième alinéa de l'amendement est toujours là: «Malgré le premier alinéa...»?

M. Couillard: Oui. Oui, ça, on en avait parlé l'autre jour, de ça. Je m'excuse, là. Et on continue après:

«Malgré le premier alinéa, un établissement qui exploite un centre [hospitalisé] ne peut modifier significativement l'organisation des services médicaux spécialisés qu'il dispense dans ses installations en les confiant à un tiers que s'il est partie à une entente conclue en application de [...] 349.3.»

Vous vous souvenez, on avait discuté de la distinction à partir de laquelle il n'est plus possible de se servir uniquement de l'article 108, mais on doit recourir

à l'article 349.3. Alors, exemple de service assuré considéré comme non assuré: échographie ou imagerie par résonance magnétique à l'extérieur d'un établissement.

Le Président (M. Copeman): Alors, en premier lieu, sur l'amendement.

Mme Harel: Bon. Là, attendez. L'amendement est au premier alinéa. C'est bien ça?

M. Couillard: Ajoute un deuxième alinéa après 1°, 2°. Il y a un premier alinéa: «Un établissement peut conclure avec un autre établissement...» où il y a un premier paragraphe et un deuxième paragraphe. L'article, tel que proposé, ajoutait un deuxième alinéa qui est modifié par l'amendement et qui ajoute également un autre alinéa, un troisième alinéa.

Le Président (M. Copeman): Mais, M. le ministre, dans le projet de loi, si je comprends, votre amendement remplace le premier alinéa du premier paragraphe avec deux alinéas. C'est bien ça?

M. Couillard: Non.

Le Président (M. Copeman): Bien oui, je crois que oui, en tout cas si on a le même amendement devant nous.

Dans le projet de loi, l'alinéa qui commence «Toutefois» et qui termine avec «ministre» est remplacé par deux alinéas que vous avez dans...

M. Couillard: C'est ça, qui deviennent les deuxième et troisième alinéas de l'article 108.

Le Président (M. Copeman): C'est ça. Exact, exact. C'est ça.

M. Couillard: Oui. Là, on est d'accord.

Le Président (M. Copeman): O.K. C'est bien. Et le deuxième paragraphe dans le projet de loi demeure intouché.

Mme Charest (Rimouski): Bien là...

● (15 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): Dans le projet de loi.

Mme Charest (Rimouski): ...je ne suis pas sûre qu'on ait le même. On a le projet de loi, ça, ça va. Mais le document qui nous a été remis ici, là...

Le Président (M. Copeman): Oui, mais je pense qu'on est mieux de travailler avec l'amendement et avec le projet de loi.

M. Couillard: Le mieux, c'est de commencer ici avec le projet de loi.

Le Président (M. Copeman): Exact.

M. Couillard: Alors, l'article 5 faisait deux choses: il insérait, après le premier alinéa, un deuxième alinéa;

et deuxièmement, remplacer, dans le dernier alinéa, «Cette entente» par «Une entente visée au présent article».

Alors, maintenant, l'amendement modifie le premier paragraphe...

Le Président (M. Copeman): Oui, exact.

M. Couillard: ...de l'article du projet de loi...

Le Président (M. Copeman): Qui ajoute deux alinéas.

M. Couillard: ...en ajoutant maintenant deux alinéas au lieu de juste un.

Le Président (M. Copeman): Exact.

M. Couillard: Ça me donne mal à la tête un peu, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Non, je ne trouve pas, non.

M. Couillard: Non? Tant mieux.

Mme Harel: Ça signifie donc, M. le Président, que l'article 108, là, tel qu'on le retrouve dans la loi générale santé et services sociaux, l'article 108 prévoyait déjà qu'un établissement pouvait conclure, avec un autre établissement, avec un organisme ou toute autre personne, une entente. Puis là ça prévoyait déjà que cette entente se faisait pour les fins suivantes: la dispensation — c'est bien ça? — pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis; et deuxièmement, la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé et de services sociaux.

Alors, vous ajoutez deux alinéas à cet article 108 tel qu'existant, c'est bien ça?

M. Couillard: Exact.

Mme Harel: Alors, vous dites: L'autorisation ne pourra être possible avec un centre médical spécialisé non participant.

M. Couillard: Elle pourrait être possible, c'est-à-dire qu'elle est requise... Si l'entente en question — ce qui n'était pas précisé dans l'article 108 — implique un médecin non participant ou un professionnel non participant ou, maintenant, un centre médical spécialisé constitué de médecins non participants, ou qu'elle implique également des services assurés considérés comme non assurés en dehors de l'établissement, il faut obtenir l'autorisation du ministre de façon à ce qu'on le sache. Actuellement, on n'a pas moyen de le savoir. C'est très difficile de le savoir au niveau... en amont, en amont de la conclusion de l'entente. Je pense que ça donne plus de transparence au processus, puis ça assure également une surveillance continue de l'étanchéité, de la fameuse étanchéité dont on parle depuis le début.

Quant au dernier alinéa, il vient faire la distinction entre les niveaux d'entente où il est nécessaire d'avoir recours, plutôt qu'à l'article 108, à l'article 349.3.

Mme Harel: Alors, prenons le premier alinéa, parce que dans le fond le premier alinéa dit qu'un établissement, par exemple, un hôpital, là, pourrait conclure avec une clinique de médecins non participants à la Régie de l'assurance maladie du Québec mais avec autorisation du ministre.

Et là vous nous ajoutez en plus que, pour tout ce qui n'est pas assuré, par exemple, la radiologie...

M. Couillard: Par exemple, la résonance magnétique en cabinet, comme ça a été fait ici, à Québec.

Mme Harel: ...la résonance magnétique, l'échographie, par exemple, l'échographie...

M. Couillard: En cabinet, oui.

Mme Harel: Quand c'est en cabinet, donc ce n'est pas couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, à ce moment-là, ça demanderait aussi l'autorisation. Même si ce sont des médecins participants?

M. Couillard: Oui.

Mme Harel: Donc, ce que vous dites, dans votre premier alinéa, c'est: Avant qu'il y ait une entente avec un centre médical spécialisé de médecins non participants ou avec un cabinet privé de médecins non participants...

M. Couillard: Ou un médecin individuel.

Mme Harel: ...ou avec des médecins participants...

M. Couillard: Non, non participants.

Mme Harel: Oui, mais après, à la fin, avec des médecins participants qui...

M. Couillard: Ah oui, lorsqu'on parle de services considérés non assurés en dehors de l'établissement.

Le Président (M. Copeman): C'est ça.

M. Couillard: C'est ça.

Mme Harel: Alors là, il vous faut l'autorisation.

M. Couillard: C'est ça.

Mme Harel: Oh là là! C'est gros, là.

M. Couillard: Bien, ça nous paraît nécessaire.

Mme Harel: C'est un gros amendement, ça.

M. Couillard: Bien, vous avez dit vous-même que vous avez recensé — puis on a hâte de voir la liste — à peu près un millier d'ententes en vertu de l'article 108.

Mme Harel: 1 200.

M. Couillard: 1 200? Alors, personne n'a beaucoup idée de quoi il s'agit, le qui avec quoi et le comment,

et, moi, j'ai bien hâte... Vu que vous avez fait déjà le travail de recensement, on va se permettre de vampiriser votre travail puis de finir la liste par vos soins.

Mme Harel: Ça nous a beaucoup, beaucoup surpris.

Une voix: 1 200 déjà!

Mme Harel: Bien, au téléphone, là, c'est la réponse qui a été donnée aux chercheurs.

M. Couillard: Remarquez, il y a beaucoup de ces ententes-là qui sont des ententes interétablissements...

Mme Harel: C'est possible, ça.

M. Couillard: Alors, vous allez trouver beaucoup de choses qui sont tout à fait normales là-dedans. Alors, les ententes entre un établissement puis un prestataire privé, on va en trouver quelques-unes. Ça va être intéressant de voir de quel type il s'agit.

Mme Harel: Mais posons la question de l'échographie en regard de l'interruption de grossesse et du recours collectif qui s'est retrouvé devant la Cour supérieure, il y a quelques semaines. Est-ce que l'introduction de cet amendement a une incidence?

M. Couillard: Non. Tout ce que ça dit, c'est qu'il faut avoir une autorisation. D'ailleurs, vous vous souvenez, au début de la discussion du projet de loi, on a dit qu'on reviendrait, en fin d'étude, avec une suggestion d'article ou d'amendement pour répondre à cette question du vide juridique causé par ce jugement, non pas pour le remettre en question, mais pour s'assurer qu'on parle bien des mêmes choses.

Mme Harel: Mais vous vous rappelez ce que la juge... Dans le cas, là, de ce recours collectif, la juge disait qu'«il ne pouvait y avoir de privatisation passive». Si ma mémoire est bonne, là, je pense que c'est l'expression qu'elle utilisait, en fait à savoir qu'étant donné que le service d'échographie ou encore celui de radiologie qui est gratuit quand il est offert dans un établissement, mais requiert une attente qui peut être de plusieurs mois, parfois d'années...

M. St-André: Jusqu'à trois ans.

Mme Harel: Jusqu'à trois ans, là, mon collègue le député de L'Assomption...

M. St-André: ...

Mme Harel: Non, mais il a d'ailleurs, je pense... Je ne sais pas s'il a déposé, ici même au secrétariat de la commission, en fait...

M. St-André: ...déposé, je l'ai encore ici.

Mme Harel: Oui, je pense que... Oui. Mais ce serait intéressant pour tous nos collègues. Est-ce que ça signifie à ce moment-là que, si... là, présentement, la

personne allait dans une clinique privée et passait une échographie avant l'interruption de grossesse. Ce que la cour a décidé, c'est que cette échographie pour laquelle elle avait payé devait lui être remboursée par l'État parce qu'elle était requise, elle était requise par son état de santé, et l'État ne pouvait pas, si vous voulez, par une sorte de — j'ai un dossier ici, là, il faudra que je le sorte, mais, par une sorte de — privatisation passive, laisser les personnes qui avaient besoin de...

Mme Charest (Rimouski): ...

Mme Harel: Je pense que c'était plus le diagnostic, de le payer.

M. Couillard: Bien, en fait, on pourrait ressortir les termes du jugement, là, qui est assez long. L'argument de la juge était de dire que, lorsqu'un acte même non assuré est intimement lié à un acte assuré, il doit être pris en charge. Alors, la tendance naturelle sur le plan strictement legaliste aurait été de porter le jugement en appel, compte tenu des répercussions qu'il a sur l'ensemble des cabinets médicaux. Compte tenu cependant du type tout particulier de problèmes que ça a soulevé, il a été décidé de ne pas le porter en appel, mais cependant de combler et de préciser l'intention du législateur au moyen d'un amendement qui ne remettra pas en cause le jugement, là. Les femmes qui ont été prises en cause par le jugement vont recevoir leurs indemnités comme prévu.

Mais il s'agit de bien préciser qu'il faut faire une distinction entre ce qui est assuré et non assuré et que le recours au privé doit se faire de façon dirigée par le système de santé. Ça, c'est un principe important. Le recours au privé doit se faire de façon dirigée et non pas de façon un peu autodéclenchée. Parce que, dans le cas de l'interruption volontaire de grossesse, on sait maintenant que, dans toutes les régions du Québec, le service peut être assuré dans les délais requis, dans les centres publics, dans les établissements publics et qu'à Montréal de plus en plus également il l'est dans les établissements publics. Le pourcentage d'interruptions de grossesse qui est effectué dans les cliniques privées a baissé à moins de 20 %, alors qu'il était à 40 %, 50 % il y a quelques années. Progressivement donc, on va être en mesure d'assurer les services, et c'est seulement dans les cas où ça semble difficile qu'on va diriger la personne à une clinique privée et qu'on prendra en charge les frais accessoires ou les frais de services non assurés qui sont liés à l'acte. Parce que, sinon, on va arriver à la situation non seulement pour les IVG, mais pour l'ensemble des consultations dans les cliniques médicales privées où le citoyen va se rendre de sa propre initiative dans ces cliniques-là et va envoyer la facture pour les frais accessoires ou les parties non assurées des services. Mais on reviendra sur cette question. On va proposer une formulation pour cette question spécifique.

● (16 heures) ●

Mais, si on se place maintenant dans cette situation-là, une fois qu'on a clarifié ce qui est assuré ou non assuré, il est certain que, lorsque, par exemple, le CLSC des Faubourgs, à Montréal, voudrait envoyer une femme obtenir le service d'IVG à une clinique — on connaît les cliniques à Montréal qui donnent ce service-là — comme

il s'agit d'un ensemble d'actes dont une partie est considérée non assurée, il faut obtenir l'autorisation pour faire une entente — pas pour chaque femme individuellement, mais pour faire une entente — qui lui permet de prendre en charge le système public, la partie non assurée de service également.

Mme Harel: Mais l'amendement que vous introduisez par la formulation «ou lorsque l'entente vise un service assuré considéré comme non assuré en vertu de cette dernière loi», est-ce qu'introduire ça dans la loi ferait en sorte que le ministre n'a qu'à ne pas autoriser pour que finalement il n'y ait pas accès à ce service, par exemple, d'échographie?

La difficulté que ça va présenter, c'est que l'attente était très, très longue dans les établissements. Donc, le service était requis, si vous voulez, et donné dans des cliniques privées. Et ce que la cour dit, c'est ceci: En l'absence d'un... le tribunal conclut que ce n'est pas la Loi de l'assurance maladie qui pose problème, mais son non-respect encouragé par le gouvernement, et ce, pour des raisons économiques.

Est-ce que ça pourrait, disons, advenir qu'un ministre — pas vous, soyez-en certain, pas vous, évidemment — mais qu'un ministre n'autorise pas un service assuré dans un établissement, ne l'autorise pas dans des laboratoires ou des cliniques privées parce que finalement il y a un coût qui est rattaché à tout ça?

M. Couillard: ...va vouloir certainement ou elle va vouloir le savoir, certainement. Mais, si la principale préoccupation est donner accès au service, ce ne sera pas en soi un frein. Ici, il n'est pas question de paiement, d'ailleurs. Il est question d'être informé et de demander l'autorisation pour faire ce type d'entente là. Je suppose que l'entente correspond également au paiement par la suite, sinon, quel intérêt y a-t-il à faire l'entente?

Mais je pense que la principale question... la principale question... Et d'ailleurs ce n'est pas... On en a discuté lorsqu'on a parlé des cliniques médicales associées. Un des points importants de cette modalité-là, c'est que c'est le système de santé public qui y dirige la personne et non pas, comme dans certains pays, un système un peu de libre-service où la personne va dans le privé quelle que soit la situation, quel que soit le prix et ramène la facture à l'État.

Ça se fait... Ça s'est fait en Angleterre un peu, là. Mais on ne veut pas aller dans cette direction-là. Et je pense que le principal souci des gouvernements qui suivront ou des ministres qui suivront, c'est de s'assurer que, lorsqu'il y a un recours privé, que ce soit de façon connue et encadrée et dans la bonne direction. Le système public, considérant qu'il n'est pas possible de donner accès, réfère, dit à madame: «Vous allez aller à la clinique du Dr X pour obtenir votre IVG, mais on prend en charge tous les frais», et non pas la situation inverse où la personne revient de la clinique sans avoir... sans être passée par le système public, alors qu'elle aurait pu avoir accès au service gratuit dans les délais requis, et présente une facture.

Et évidemment, dans le cas de l'IVG, c'est un peu délicat. C'est la raison pour laquelle on a décidé de ne pas porter la cause en appel et qu'on va honorer le jugement malgré le fait qu'on va apporter une clarification législative

qui n'est pas cet article, là, qui est un autre article qui pourrait être amené ultérieurement.

Mme Harel: Mais à ce moment-là vous-même disiez hier que les patients pourront se présenter directement à la clinique médicale associée.

M. Couillard: Non. Non, non. Ils sont dirigés par l'établissement. Référés, sur référence.

Mme Harel: Mais pas exclusivement.

M. Couillard: Bien, ceux qui ne sont pas couverts dans l'entente...

Mme Harel: Vous avez même abrogé...

M. Couillard: Ceux qui ne sont pas couverts dans l'entente, ils vont payer les frais accessoires. C'est la différence entre les deux.

Mme Charest (Rimouski): ...vont payer.

Mme Harel: Les frais accessoires n'étant que ceux autorisés dans les conventions... par le gouvernement et la convention collective.

M. Couillard: ...par les ententes de fédération puis également la facturation des médecins. Souvenez-vous que, lorsque le médecin facture dans une entente — on a vu l'autre jour — le lieu de facturation est assimilé à l'établissement. Donc, le service devient assuré parce qu'il est lié à l'entente.

Exemple, l'échographie, si c'est une entente en vertu de 349.3, lorsque le médecin remplit son feuillet de facturation, il inscrit le lieu de dispensation comme si c'était l'établissement, de sorte que ça devient assuré. L'échographie, même si elle est faite dans son cabinet ou dans son centre médical spécialisé, même si elle est faite à l'intérieur de l'établissement, devient assurée ipso facto parce qu'elle est liée... elle fait partie d'une entente et que le lieu de facturation devient assimilé à l'établissement.

Donc, on transforme... Sans remettre en question la distribution des services assurés et non assurés, on assure de telle façon certains services qui sont en général considérés non assurés, mais lorsqu'ils sont inscrits dans une entente, raison pour laquelle il est essentiel que les personnes soient dirigées par le système public de santé dans la clinique en question en vertu de l'entente et non pas qu'elles y aillent de leur propre chef et de revenir avec la facture.

C'est un peu le pari qu'a fait actuellement le gouvernement britannique dans sa... parce que, la première phase de ces changements, le gouvernement de Tony Blair a introduit ce qu'ils appellent là-bas les «Surgical and Diagnostic Centers», qui sont des cliniques associées — c'est un peu le même modèle que Michel Clair a présenté en 2000. Mais là ils vont dans une deuxième phase, qui m'apparaît assez risquée, où le citoyen a le libre choix du prestataire public ou privé et présente la facture, après, à l'État. Je ne suis pas sûr que c'est la direction dans laquelle on veut amener notre système de santé. Alors, je pense qu'il est essentiel de conserver ce flot normal à partir d'abord du secteur

public, et, s'il y a nécessité et s'il y a une entente, ensuite c'est le secteur public qui dit à la personne: Bien, vous allez aller obtenir le traitement à tel endroit, et c'est comme si vous étiez à l'établissement, il n'y aura pas de frais pour vous. C'est là toute la philosophie qu'on veut préserver.

Mme Harel: La difficulté qui m'apparaît à ce moment-ci, c'est le fait qu'on a introduit une disposition qui prévoit que le volume est encadré par une disposition trimestrielle. Ça signifie que, lorsque, dans un trimestre, disons l'hiver... ou l'inverse, il est possible qu'il y ait moins de volume pendant certaines saisons que d'autres, là. Il est possible que le volume qu'on a dit trimestriel pourrait, durant les mois de juin, juillet, août, ne pas être atteint, alors que le volume, durant les mois de septembre, octobre, novembre ou autres, pourrait dans le fond dépasser les quotas, et, à ce moment-là, les personnes ne seraient plus traitées avec la gratuité que permet...

M. Couillard: Il y aurait modulation. Le but de ça, vous vous souvenez, on l'avait expliqué, c'est qu'on ne télescope pas tout le volume dans les trois premiers mois ou les quatre premiers mois de l'année puis qu'après on se présente, via les médias ou autres partenaires heureux de le faire, avec une requête de fonds supplémentaires parce que: quelle horreur! on ne peut plus opérer, on a déjà opéré tous nos patients. Mais, dans le cas de l'IVG particulièrement, dans le cas de l'IVG particulièrement, on en a discuté, et ce n'est probablement pas l'article 349.3 qui serait utilisé, mais l'article 108. Pourquoi? Parce que, pour des raisons évidentes, il est très difficile de calculer un minimum d'IVG qu'on va... On ne peut pas prévoir, là. On souhaite qu'il y en ait de moins en moins, mais...

Mme Harel: D'échographies?

M. Couillard: Non, d'IVG. Comment est-ce qu'on pourrait signer...

Mme Harel: Non. Qu'est-ce que c'est, IVG?

M. Couillard: Interruption volontaire de grossesse.

Mme Harel: Ah! D'accord, excusez-moi.

M. Couillard: Excusez, j'essaie de ne pas utiliser le terme «avortement», parce que...

Mme Harel: Non, d'accord... Il n'y a personne qui, en fait...

M. Couillard: Alors, comment est-ce que...

Mme Harel: On a réussi à passer à travers, depuis 30 ans, sans l'utiliser.

M. Couillard: Comment est-ce qu'on peut prévoir qu'on va pouvoir garantir un volume minimum d'interruptions volontaires de grossesse avec clinique? Ça m'apparaît bien difficile. Alors, je pense qu'il faudra plutôt passer par l'article 108 ici.

Mme Harel: Mais l'IVG, là, ça reste un service assuré?

M. Couillard: Oui, ça reste assuré, même en cabinet.

Mme Harel: Même en cabinet privé sans entente?

M. Couillard: C'est assuré. La question, c'est que les services qui doivent être donnés pour faire l'IVG...

Mme Harel: Afférents.

M. Couillard: ...exemple, l'échographie, exemple... Il y avait également, dans le jugement, la question des conseils psychosociaux, les agents anesthésiques. Quand on est dans le CLSC, bien, on a tout ça gratuitement, tandis que, lorsqu'on est dans une clinique privée, bien... En fait, c'était tout ça, le noeud du jugement, là.

Mais, encore une fois, je pense que c'est important, M. le Président, de répéter que, sur la question de l'IVG, la situation actuellement — et ça s'est modifié progressivement au cours des années — n'est plus ce qu'elle était à la fin des années quatre-vingt-dix, là. Ça a commencé avant notre arrivée, là, et je ne voudrais pas nous en attribuer le seul mérite, mais il y a eu une amélioration de l'accessibilité dans les établissements publics partout au Québec, sauf à Montréal où c'est en retard. Mais, à Montréal, même, on voit que le volume ou le pourcentage de procédures qui doivent être faites en clinique privée est en chute constante. Et le P.D.G. de l'agence nous disait récemment qu'il est en mesure de dire que l'ensemble des procédures pourraient être faites dans les délais requis dans les établissements publics et que ce serait exceptionnel qu'on aurait besoin d'envoyer une personne dans la clinique privée, d'où le recours à l'article 108, et, nous, le fait d'être informés du fait que...

Moi, j'insiste beaucoup là-dessus. Moi, j'y crois, au recours... de la prestation privée de services à financement public, de toute évidence, sinon je ne serais pas ici, aujourd'hui, pour défendre ce projet de loi là, mais j'y crois, dans la préservation du flot de références à partir du secteur public vers le prestataire privé et non pas dans une sorte d'environnement de libre choix où la personne va consulter au prestataire qu'elle veut et ensuite présente la facture à l'État. Voilà.

Mme Harel: Actuellement, donc, les ententes en vertu de 108 se contractent sans que le ministère en soit informé, ni l'agence?

● (16 h 10) ●

M. Couillard: C'est-à-dire que ça dépend. Par exemple...

Une voix: ...déposé.

M. Couillard: Pardon?

Une voix: ...

M. Couillard: L'entente de l'établissement est transmise à l'agence. Le meilleur exemple que je puisse

donner, c'est qu'ici, à Québec, on a utilisé une entente en vertu de l'article 108 pour les résonances magnétiques en cabinet privé, qui a d'ailleurs aidé.

Une voix: ...

M. Couillard: Oui, oui... sans frais pour le patient, les résonances magnétiques. Ça a d'ailleurs donné un bon coup de main ici, aux listes d'attente, à Québec, en résonance magnétique. Puis je pense que l'attente a été soit diminuée soit cessée parce qu'avec les nouveaux appareils qu'ils ont eus, ils sont capables maintenant de fournir le service de façon correcte.

Mme Champagne: Donc, tant et aussi longtemps que le système public est capable de donner le service à l'intérieur des hôpitaux, les centres hospitaliers présents, ils n'ont pas besoin d'avoir recours ni à la clinique médicale associée ou spécialisée.

M. Couillard: Je pense que vous l'avez entendu ici, en commission, de presque toutes les agences des régions qui sont venues vous voir. Ils vous ont dit: Nous, on ne pense pas qu'on va avoir besoin de faire des ententes de cliniques associées. À notre avis, on va les voir à Montréal, peut-être en Montérégie. Je ne sais pas si, dans votre région, il y a des gens qui envisagent ça, j'ai regardé les... Les chiffres en Mauricie sont assez bons, là.

Mme Champagne: Ce n'est pas dans l'air.

M. Couillard: Avec des budgets ajustés puis des méthodes plus efficaces encore, on va être capable de prendre en charge les patients. C'est nécessairement surtout pour les régions urbaines; c'est pour ça qu'il n'y en aura pas un grand nombre.

Mme Champagne: Ni les cliniques médicales spécialisées ni les centres... ni les cliniques médicales associées ni les centres médicaux spécialisés.

M. Couillard: Bien, les centres médicaux spécialisés... Si, dans votre région, il existe des cabinets privés qui, actuellement, font des procédures qui vont être sur la liste en vertu de 333.1, ils vont devoir se convertir en centres médicaux spécialisés pour suivre toutes les modalités d'encadrement qu'on a données.

Mme Champagne: ...dans l'illégalité.

M. Couillard: Il va falloir qu'ils détiennent des permis. Par contre, c'est à l'agence et aux établissements de la Mauricie et Centre-du-Québec de décider s'ils ont besoin de conclure des ententes de type cliniques associées, compte tenu des volumes de chirurgies qu'ils doivent faire pour ramener les chirurgies dans les délais requis, etc. Mais, moi, j'ai suivi également comme vous les dépositions des différentes agences, et rares étaient celles qui pensaient avoir recours à cette méthode-là, du moins certainement toutes celles des régions. C'est différent pour les régions urbaines, c'est sûr.

Mme Harel: Ce qu'on me fait valoir, c'est que c'est finalement seulement l'agence de Montréal qui

verbalement, au téléphone, a fait savoir au responsable dans l'opposition de la loi d'accès à l'information qu'il y avait 1 200 ententes. Seulement pour Montréal. Mais ce sont des ententes interétablissements...

M. Couillard: ...communautaire...

Mme Harel: ...de toutes les natures, là, organismes communautaires, ressources intermédiaires, etc. Alors, on nous a demandé si on pouvait les dispenser de nous faire parvenir les 1 200 ententes et on leur a dit que oui, hein, généreusement, oui. Mais le fait est que les ententes qui sont autorisées par le ministre est-ce qu'elles seront publiées? Est-ce qu'elles seront connues? Est-ce qu'il y aura...

M. Couillard: Là, vous parlez des ententes en vertu de l'article 108?

Mme Harel: Oui.

M. Couillard: Bien, elles sont accessibles en vertu de la Loi d'accès à l'information, je suppose. Je pense que, si vous aviez demandé, ils vous auraient envoyé la pile des 1 200, là, sans... Je ne pense pas qu'ils aient refusé de vous les transmettre?

Mme Harel: Non, je ne pense pas, non. Mais, disons, la question est plus de savoir celles que le ministre va autoriser. Finalement, il y a un intérêt à le savoir parce que celles-là, notamment les ententes qui visent un service qui serait non assuré sans entente mais qui devient assuré avec entente, il serait, disons, souhaitable que la population soit au courant que, dans telle clinique, le service, même s'il n'est pas donné en établissement et même s'il est donné en clinique, est quand même assuré en vertu de l'entente.

M. Couillard: Bien, on pourrait... Bien, je pense qu'il n'est pas nécessaire de se donner un mécanisme très lourd pour ça; on pourrait, par exemple, envisager que, lorsqu'il y a une entente qui nécessite l'autorisation, elle soit déposée au conseil d'administration de l'agence, par exemple. Ce genre de mécanisme là m'apparaît suffisant.

Mme Harel: Et là, pour ces ententes, vous n'aurez pas aucun processus comme pour les cliniques médicales associées. Dans les cliniques médicales associées, vous vous rappelez, on vient de le voir, là, vous aviez beaucoup de conditions: l'efficacité, l'efficacités, le rapport qualité-coût, que ça ne dépare pas, disons, le personnel de l'établissement.

M. Couillard: On a indiqué, dans l'autre article, quel est le seuil à partir duquel on doit utiliser le type d'entente extrêmement encadrée qu'on propose avec l'article 349. À partir du moment où ça change l'organisation des services dans l'établissement ou ça modifie... On a le phrasé exact, là, je ne me souviens plus c'est dans quel article, là. O.K., c'est dans le même article puis c'est le dernier alinéa qu'on ajoute:

«Malgré le premier alinéa, un établissement qui exploite un centre hospitalier ne peut modifier

significativement l'organisation des services médicaux spécialisés qu'il dispense dans ses installations en les confiant à un tiers que s'il est partie à une entente conclue en application de l'article 349.3.»

Donc, si on est dans cette situation-là, on ne peut pas se contenter d'utiliser l'article 108. Exemple, vous décidez, dans l'hôpital X, que vous allez ne presque plus pratiquer de chirurgies de la cataracte dans l'établissement, vous allez le faire en centre médical spécialisé, puis vous allez faire d'autres types de chirurgie dans les salles qui sont ainsi libérées, bien c'est quand même une modification signification de l'organisation des services et on ne peut pas le faire en vertu de 108.

J'ai...

La Présidente (Mme James): M. le ministre.

M. Couillard: Oui. Bonjour, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme James): Bonjour.

M. Couillard: J'aurais une réponse pour le caractère public des informations. On me donne la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics, l'article 57:

«Les renseignements [...] suivants ont un caractère public: 1°», etc.

À troisième, on indique: «Un renseignement concernant une personne en sa qualité de partie à un contrat de services conclu avec un organisme public, ainsi que les conditions de ce contrat.» Donc, une fois le contrat signé, il peut être... ce sont des documents à caractère public.

Mme Harel: Accessible.

M. Couillard: C'est ça.

Mme Harel: Évidemment, vous ne vous donnez pas l'obligation d'autoriser les ententes avec des cliniques de médecins participants.

M. Couillard: Vous voulez dire où les services sont complètement assurés? Bien, ils sont rarement complètement assurés parce qu'il y aurait, par exemple, des frais accessoires qui pourraient être demandés, même si le service est assuré. Donc, je suppose que, si on voulait faire de telles ententes, on ne voudrait pas que le patient ait à défrayer les frais. Et, si on veut transférer un volume d'activités qui est significatif, bien il faut utiliser d'autres types d'entente... Je ne vois pas l'intérêt qu'il y a à faire une entente entre un établissement et une clinique de médecins participants avec des frais accessoires si les patients continuent à payer les frais accessoires. Je ne pense pas que ça se ferait deux jours sans être dénoncé dans les médias, là.

Mme Champagne: Et ces frais accessoires ne pourraient pas être assurés par une assurance privée, là, c'est impossible.

M. Couillard: C'est-à-dire que les services...

Mme Champagne: Dans la loi.

M. Couillard: Attendez un peu, là, parce que là on mélange plusieurs choses. Les frais accessoires ne sont pas... À notre connaissance, il n'y a pas de produit d'assurance qui les couvre. Cependant, les services non assurés en dehors des établissements sont... Nous-mêmes, nous sommes détenteurs de polices d'assurance pour la résonance magnétique en cabinet. Alors ça, c'est autre chose. Maintenant, est-ce que théoriquement il est possible, maintenant, aujourd'hui, déjà d'offrir des assurances pour des frais accessoires en cabinet?

Une voix: ...

M. Couillard: On parle d'agents médicamenteux, par exemple? Ah, O.K. D'ailleurs, ça fait longtemps que ça existe, puis il n'y a jamais de compagnies d'assurance qui ont offert le produit pour ça, là.

Mme Champagne: Il n'y a pas d'intérêt pour ça.

M. Couillard: Pas d'intérêt.

Mme Harel: Sur la question des frais accessoires, honnêtement, là, après avoir fait quelques, disons, démarches, là, pour en avoir une certaine idée, je vois les articles, est-ce que vous auriez disponibles les frais accessoires qui sont chargés en vertu d'ententes?

M. Couillard: C'est-à-dire que, dans les deux ententes-cadres de fédération, on les aborde, mais ils ne sont pas abordés de la même façon pour la FMOQ que pour la FMSQ. Pour la FMOQ, c'est assez détaillé. On pourra vous donner les textes exacts, on parle d'agents anesthésiques, médicaments, etc., tandis que la FMSQ, c'est beaucoup plus vague, la description de ça. Alors, c'est pour ça que, dans le projet de loi, plus loin, je ne sais pas à quel article, lorsqu'on parle des frais accessoires...

Une voix: ...

● (16 h 20) ●

M. Couillard: À l'article 42 du projet de loi, on va renforcer la transparence de ces frais accessoires en demandant leur affichage, en demandant une facture détaillée et également d'indiquer à la personne quels sont ses recours s'il y a contestation du montant, parce qu'on a tous eu des événements qu'on a lus dans les médias où, par exemple, pour des gouttes ophtalmiques, quelqu'un se voyait demander 200 \$, 300 \$ comme frais accessoires, ce qui ne semble pas raisonnable, du moins à première vue. Alors, le moins qu'on puisse demander, c'est que ces frais-là soient itemisés, détaillés sur la facture et qu'on ait des recours affichés, affichés dans la clinique, présentés sur facture détaillée, avec un recours possible... indiquant le recours possible à la personne. Je pense que là il y a un progrès qui m'apparaît important. Mais il n'existe pas, comme il existe dans d'autres pays, là, de frais, là, standard qui peuvent être demandés.

Je pense la FMOQ l'a pour certains éléments, par exemple, les contrats, les formulaires d'assurance qui sont pour les actes assurés, des choses comme ça, mais pas sur l'ampleur et le détail des frais accessoires qui peuvent être demandés pour des petites chirurgies, par exemple, pas plus la FMOQ que la FMSQ.

Mme Harel: Alors, les frais accessoires, est-ce que ça signifie, par exemple, les formulaires d'assurance, là, comme vous mentionnez?

M. Couillard: C'est un acte non assuré. C'est-à-dire que c'est...

Mme Harel: C'est non assuré.

M. Couillard: C'est non assuré.

Mme Harel: Et, si c'est rempli à l'hôpital, est-ce que c'est aussi un acte non assuré pour lequel il faut...

M. Couillard: Les gens peuvent également demander des frais pour les formulaires d'assurance remplis à l'hôpital. Ça, j'en ai...

Mme Harel: Le moins qu'on puisse dire, c'est que ce serait vraiment souhaitable si on avait une idée des frais accessoires qui sont chargés, là, avec... légalement.

M. Couillard: ...assurance, on ne peut pas les considérer comme des frais accessoires. Les frais accessoires, c'est supposons que vous allez vous faire faire une chirurgie pour une cataracte, par exemple, par un médecin participant, bien il va vous demander d'acquitter les frais pour payer les agents anesthésiques, les éléments disposables, là, qu'ils doivent remplacer après avoir fait la chirurgie.

Et, dans l'état actuel des lieux, là, il n'a pas besoin de vous le détailler. Il peut vous dire: Bien, madame, vous devez payer 1 000 \$, ou 800 \$, ou 600 \$ pour les frais accessoires. Mais il n'y a pas d'obligation de détailler, d'avertir d'abord les personnes, à leur arrivée à la clinique, qu'il y a ces frais à payer et, ensuite, de les détailler, puis certainement pas de vous indiquer les recours possibles pour les contester éventuellement.

C'est toujours la difficulté qu'on a, hein, parce que les personnes qui se plaignent, via médias souvent, des frais accessoires souvent ne sont pas intéressées nécessairement elles-mêmes à entreprendre une démarche envers le professionnel qui les a traitées, et c'est compréhensible. Alors, on veut essayer de rendre ça plus transparent et plus facile, sans non plus faire la chasse aux sorcières inutilement, là, s'assurer que le processus soit bien transparent.

Mme Harel: Est-ce que les médicaments qui sont requis, par exemple, sont couverts à l'hôpital mais ne le sont plus lorsque le traitement est donné même dans une clinique médicale associée? Non, une clinique médicale associée, si c'est...

M. Couillard: Comme si c'était à l'hôpital.

Mme Harel: Comme si c'était à l'hôpital pour ceux qui sont référés par l'hôpital.

M. Couillard: C'est ça.

Mme Harel: Mais, pour ceux qui ne le sont pas, là, ils vont payer les frais accessoires.

M. Couillard: Par exemple, les médicaments... Puis il y a eu beaucoup d'ambiguïté là-dedans au fil des années. Moi, je me souviens, dans un hôpital où j'étais, pendant quelques années, on demandait, lorsqu'on faisait des blocs, c'est-à-dire des anesthésies régionales pour des douleurs chroniques, on demandait aux personnes d'acquitter eux-mêmes le prix des produits quand, tout à coup, il y a eu une directive qui nous a dit qu'on ne pouvait pas le faire parce que c'était dans l'hôpital, et là on a arrêté du jour au lendemain à demander des frais, mais, dans les cabinets, c'est toujours possible de le faire. D'ailleurs, c'est... l'essentiel des frais accessoires correspond à ça, théoriquement.

Mme Harel: Puis, le financement, la contribution du fédéral aux médicaments, ce n'est qu'à l'hôpital?

M. Couillard: C'est-à-dire que la Loi canadienne de la santé décrit des financements qui sont liés aux soins médicaux et hospitaliers, mais ce n'est pas clair non plus, hein? Mais, théoriquement, c'est pour ce qui se donne à l'hôpital, dans le centre hospitalier.

Mme Harel: À ce moment-là seulement, le gouvernement fédéral contribue.

M. Couillard: Il ne contribue pas de façon itemisée pour les médicaments. Dans les transferts santé, ça comprend les soins hospitaliers, dont l'administration des médicaments à l'intérieur de l'hôpital.

Mme Harel: Ça comprend les médicaments à l'intérieur de l'hôpital.

M. Couillard: Mais pas de façon itemisée. On vous transfère, je ne sais pas moi, 1 milliard, puis là-dessus il y a tant pour les médicaments, ce n'est pas comme ça que ça se...

Une voix: ...

M. Couillard: Oui.

Mme Harel: Mais, à ce moment-là, ce qui, dorénavant, se ferait dans les cliniques médicales associées est considéré comme étant de la même nature que les traitements en établissement, donc, à ce moment-là, ça pourrait être partagé.

M. Couillard: On peut l'assimiler comme ça. De toute façon, il y a un facteur d'indexation qui a été inclus dans la dernière entente sur la santé qui prend en charge nécessairement les facteurs d'indexation spécifiques à la santé. Je pense que c'est 6 %, le montant de l'indexation qui a été reconnue, notamment... le coût des médicaments en centre hospitalier.

Mme Harel: Mais la base de départ, c'est celle seulement des médicaments qui dans le fond étaient prescrits à l'hôpital.

M. Couillard: À l'hôpital, oui.

Mme Harel: Donc, le 6 % ne... disons, s'ajoute...

M. Couillard: Bien, c'est parce qu'on n'envoie pas de facture au fédéral: Bien, voici ce qu'on a fait à l'hôpital, voici ce que vous nous devez. Comme vous le savez, c'est un transfert qui est nominal santé, mais qui s'applique sur l'ensemble des coûts.

Mme Harel: Vous permettez? Parce que ça m'est souvent demandé, surtout en réadaptation, là, puisque je m'y retrouve chaque fin de semaine, là, mais comment il se fait que, si c'est offert par l'établissement, c'est, disons, entièrement gratuit, alors que, si c'est transféré dans un CHSLD sans que pourtant les personnes soient en hébergement, mais transférées simplement sur un étage, la réadaptation, il y a un coût qui est chargé, à ce moment-là, au patient?

M. Couillard: Parce que l'hébergement donné dans les CHSLD, techniquement, n'est pas un service assuré.

Mme Harel: Ce n'est pas un service assuré.

M. Couillard: Ce n'est pas un service assuré au plan technique. C'est un choix de notre société de l'avoir assuré, de l'avoir financé, mais c'est...

Mme Harel: Donc, c'est Québec à 100 % qui le finance?

M. Couillard: C'est-à-dire que, compte tenu de la façon dont la Loi canadienne sur la santé est bâtie, on ne peut pas développer des demandes de fonds pour ça, parce que, théoriquement, on n'avait pas, nous, à en prendre charge lorsque la loi a été créée initialement, où est-ce que le périmètre a été défini initialement.

Alors, l'exemple qu'on a eu récemment ou que vous avez connu peut-être quelques années, c'est par exemple certains médicaments qui, lorsqu'ils sont donnés à l'extérieur de l'hôpital, deviennent à la charge de la personne, en fait à la charge de son assurance médicaments, et, pour les personnes âgées, à la charge de l'assurance médicaments publique.

Mme Harel: C'est le problème du maintien à domicile.

M. Couillard: C'est... Bien, le problème...

Mme Harel: En partie. C'est parce que, dans le maintien à domicile, y compris postopératoire, les médicaments sont à la charge de la personne.

M. Couillard: C'est ça, selon en général les règles soit de l'assurance collective soit de l'assurance médicaments publique qui est liée à un maximum de contributions.

Mme Harel: On voit bien que la loi fédérale a de l'âge, là, parce que, finalement, il était une époque où c'étaient surtout des soins aigus qui étaient donnés dans les établissements et non pas des maladies chroniques et

du maintien à domicile qui exigeaient finalement des interventions en dehors de l'établissement.

M. Couillard: L'hébergement lui-même avait, il y a 25 ans, une signification complètement différente de maintenant. Ce qu'on appelait auparavant les «centres d'accueil», moi, je me souviens très bien, il y avait des stationnements, les gens avaient leur auto, puis ils étaient au centre d'accueil, puis ils allaient faire leurs emplettes. Aujourd'hui, dans nos CHSLD, vous ne trouverez pas de gens qui sont de ce degré d'autonomie là. Donc, il y a un changement profond de société qui ne correspond plus à la société pour laquelle le système de santé a été initialement bâti.

Mme Harel: Et de même que le financement ou le partage du financement. Et je reviens par exemple à la réadaptation, parce qu'étant donné que j'ai promis d'avoir des réponses pour mon... Non pas à la personne que je visite, qui n'a pas de problèmes de cet ordre, là, mais en fait à des voisins. Mais ce ne sont pas des personnes qui sont en perte d'autonomie et qui sont, disons... pas diagnostiquées, mais comme exigeant un hébergement, ce sont des personnes en réadaptation. Et, si le service était donné comme il le fut auparavant au septième étage, elles n'avaient pas à déboursier ce qu'elles ont à déboursier parce qu'elles sont au pavillon à côté.

M. Couillard: Là, vous parlez des services professionnels de réadaptation?

Mme Harel: Réadaptation.

M. Couillard: Physiothérapeute ou ergothérapeute? Bien, lorsqu'ils sont donnés dans l'établissement, il n'y a pas de frais...

Mme Harel: Si ces services sont transférés, déménagés juste au pavillon à côté parce que c'est un pavillon qui fait de l'hébergement de longue durée...

M. Couillard: Là, il faudrait que je vérifie, parce que théoriquement c'est le même établissement maintenant, avec les regroupements, là.

Mme Harel: C'est ça.

M. Couillard: Alors, il faut faire cette vérification-là. Par contre, on continue... Ça se peut qu'il y ait une façon particulière de continuer à procéder pour la facturation parce que, par exemple l'hébergement, même si c'est dans le même établissement, on continue à demander la contribution de l'utilisateur. Alors, il est possible que, dans le versant hébergement de la mission du nouvel établissement, comme c'était le cas auparavant, ce ne soit pas considéré comme étant un hôpital où les services sont gratuits. Mais on pourrait avoir une réponse plus précise là-dessus.

Mme Harel: Mais vraiment ce n'est pas clair pour la population, hein?

M. Couillard: ...c'est très compliqué.

Mme Harel: Parce que, là, ils ne vont pas demander à être déménagés. Ils recevaient le service de réadaptation au septième de l'hôpital, ils sont transférés au pavillon à côté, puis là ils sont obligés de payer.

Une voix: C'est qu'avant ça ils étaient considérés comme étant à l'hôpital.

Mme Harel: C'est ça.

M. Couillard: Mais le CHSLD auparavant non regroupé, c'était la même chose, c'est-à-dire que les gens payaient déjà leur contribution d'usagers puis leurs médicaments.

Mme Harel: Mais la réadaptation se faisait toujours à l'hôpital.

M. Couillard: À l'hôpital.

Mme Harel: Bon. Excusez-moi, là, c'est... Merci beaucoup. Mais je vais...

M. Couillard: Mais ce n'est pas pour rien que les gens disent que, dans une société, le système de santé, c'est un des systèmes les plus complexes que les humains aient imaginés. Puis ici, chez nous, au Québec, on a été particulièrement inventifs dans le niveau de complexité qu'on a créé au cours des années.

Mme Harel: C'est toujours beaucoup...

Mme Charest (Rimouski): ...compliqué quand on pourrait faire simple.

Mme Harel: Non, c'est pour entourer un peu plus, essayer d'encadrer un peu plus la rémunération à l'acte, en partie.

M. Couillard: En partie, oui.

Mme Harel: En partie.

La Présidente (Mme James): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): On est toujours sur l'article 5?

La Présidente (Mme James): L'amendement à l'article 5, oui.

M. Couillard: On simplifie.

La Présidente (Mme James): Oui, Mme la députée de Rimouski.

● (16 h 30) ●

M. Couillard: Ah oui, c'est vrai. On était à l'article 5.

Mme Charest (Rimouski): Oui. Moi, je voudrais vérifier quelque chose. Est-ce que j'interprète bien ce que je lis? Vous dites qu'«un établissement peut conclure une entente avec un autre établissement[...] — etc., là — la

dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé — ça, tous les articles qu'on a vus, ça correspondait à ça — ou services sociaux requis par un usager de cet établissement». Alors...

M. Couillard: On est dans un autre type d'entente, là. On n'est pas dans les ententes de cliniques associées ici, là.

Mme Charest (Rimouski): On est avec les cliniques...

M. Couillard: On est dans les ententes qui existent déjà en vertu de l'article 108 qui date de plusieurs années dans la loi de santé et de services sociaux, mais qui sont des ententes, comme on le voit, qui n'ont pas d'encadrement sur la durée, qui n'ont pas d'encadrement sur la qualité des services, sur le mécanisme de plaintes par exemple, et c'est pour ça qu'on a décidé de se doter d'un palier d'ententes plus compliqué, plus encadré, plus formel lorsque les transferts d'activités sont plus complexes, mais ça va continuer. Il va toujours continuer à y avoir des ententes en vertu de l'article 108 parce que nécessairement elles sont moins compliquées et moins lourdes à mettre en place.

Mme Charest (Rimouski): L'article 108 va toujours exister?

M. Couillard: Mais oui, on ne l'abroge pas. C'est parce qu'au début on a eu cette discussion, notamment avec votre consœur d'Hochelaga-Maisonneuve, où elle disait: Bien, on a 108. Pourquoi on ne se sert pas juste de 108?

Mme Charest (Rimouski): Oui.

M. Couillard: Ou alors pourquoi on n'enlève pas 108 puis qu'on ne fait pas uniquement les nouvelles ententes pour tout couvrir? On s'est rendu compte, à l'analyse, qu'il y aurait des différents niveaux d'ententes puis qu'il y a des types d'ententes interétablissements, par exemple, qu'il faut continuer à faire, qui n'ont rien à voir avec les ententes de cliniques médicales associées. Lorsqu'un établissement, par exemple, fait une entente avec un groupe communautaire ou avec un autre établissement de santé pour prendre en charge certains cas, bien ça n'a pas besoin du tout de la complexité de l'article 349.1... 349.2.

Mme Harel: Mme la Présidente...

La Présidente (Mme James): Mme la députée.

Mme Harel: ...dans le deuxième alinéa, là, qui est introduit par l'amendement, on parle donc d'un centre hospitalier qui ne peut pas modifier significativement l'organisation de ses services avec une entente en vertu de l'article 108, mais seulement par une entente en vertu de 349.3. Qui juge le caractère significatif de la modification?

Mme Charest (Rimouski): Ça se mesure comment?

Mme Champagne: C'est l'agence de santé?

M. Couillard: Bien, ça doit être déposé à l'agence. À la fin de l'article, vous voyez que l'entente doit être déposée à l'agence. Alors, c'est certain qu'il y a une première analyse qui se fait là, mais on pourrait certainement contester de part et d'autre le fait de ne pas avoir utilisé l'article 349.3 dans un cas particulier. Si on fait la démonstration que ça modifiait de façon significative l'organisation des services, on ferait la démonstration qu'il aurait fallu plutôt utiliser l'article 349.3. Ça se juge lorsqu'on procède au choix du véhicule d'une entente et rétrospectivement, lorsque l'entente a été conçue sur le mérite.

M. St-André: Ce qui m'amène sur...

La Présidente (Mme James): M. le député de l'Assomption.

M. St-André: Ce qui m'amène à penser que, pour revenir au fameux exemple du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur et de son département de radiologie...

M. Couillard: ...parlé de ça aujourd'hui.

M. St-André: ...s'il y a entente entre la clinique et l'agence, ce sera nécessairement en vertu de 108?

M. Couillard: Répétez.

M. St-André: Ce sera nécessairement en vertu de 108? Pas de 349.3.

M. Couillard: Non, pas nécessairement, pas nécessairement. Si, par exemple, l'établissement décide de confier une grande partie de ses actes de résonance magnétique ou d'échographie à la clinique en question, il ne pourra pas utiliser seulement l'article 108.

M. St-André: Il me semble que je vous ai entendu dire, hier, que la radiologie n'était pas considérée comme des activités médicales spécialisées. Je me trompe?

M. Couillard: Non, je n'ai pas dit ça. Non. Non.

M. St-André: Je me trompe.

M. Couillard: Il ne faut pas dire ça ces jours-ci, là.

M. St-André: Oui, mais ça, c'est votre problème à vous, ce n'est pas le mien. Ha, ha, ha!

Des voix: Attention!

M. Couillard: Ne souhaitez pas qu'il devienne le vôtre.

M. St-André: J'ai bien hâte de traverser de l'autre côté de la Chambre, mais je vous rassure tout de suite: je n'ai pas du tout l'intention de devenir ministre de la Santé.

M. Couillard: ...un grand soupir de... Ha, ha, ha!

M. St-André: Je suis heureux... Je suis franchement heureux de les rassurer.

Dans l'alinéa précédent, ma collègue d'Hochelaga-Maisonneuve a abordé la question aussi. On parle d'une entente qui vise à un service assuré considéré comme non assuré en vertu de cette dernière loi.

M. Couillard: La Loi de l'assurance maladie.

M. St-André: D'accord. Bon. Puis on a évoqué effectivement le cas des échographies, par exemple, qui sont assurées en établissement; elles ne sont pas assurées en cabinet. Est-ce que le libellé de cet article-là, si on signait des ententes en vertu de 108, par exemple, ne permettrait pas justement de faire en sorte que, même s'il y a une entente, l'entente pourrait prévoir que le service demeure non assuré en cabinet...

M. Couillard: Il n'y aurait pas d'intérêt.

M. St-André: ...de la façon dont c'est libellé?

M. Couillard: C'est-à-dire que, oui, elle pourrait... Théoriquement, ça pourrait être possible, mais il faudrait avoir l'autorisation pour le faire — je vais essayer de retrouver la page, là.

M. St-André: Ça prend l'autorisation du ministre?

M. Couillard: Bien, je ne vois pas quel intérêt il y aurait pour faire une entente semblable si on ne le couvre pas justement avec la couverture des frais pour le patient, là.

M. St-André: Mais je comprends l'essence de tout ce que le ministre a dit à ce sujet-là jusqu'à maintenant, qu'au fond il cherche à faire en sorte que les services dont on parle, par exemple, en radiologie, soient assurés même en cabinet. Est-ce que c'est bien ce que j'ai compris des propos du ministre depuis plusieurs jours qu'on étudie...

M. Couillard: Si c'est référé par l'établissement en public, si c'est encadré par une entente de clinique médicale associée, tel que défini dans le projet de loi, ces services deviennent alors, sur le plan des coûts pour le patient ou la facturation pour le médecin, identiques aux services qui seraient donnés à l'hôpital, donc considérés en fait comme assurés. Mais c'est seulement lorsqu'il y a une référence puis qu'il y a une entente, pas pour l'ensemble des actes en question. Donc, pour donner une idée précise, le patient qui se présenterait en provenance du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, à la clinique, en vertu d'une entente technique associée, lui, n'aurait pas à défrayer pour l'échographie. Par contre, la personne qui habite à Repentigny puis qui décide demain: Bien, moi, je vais aller à la clinique pour passer mon échographie, il va falloir qu'il paie, à moins qu'il soit d'abord allé à l'hôpital et qu'ensuite l'hôpital ait jugé, ayant tout rempli son volume, vous me dites, son

plateau technique moderne, etc., bien utilisé, puisque, malgré ça...

M. St-André: ...utilisé.

M. Couillard: Il va être bien utilisé, à ce moment-là. On voudra le vérifier, d'ailleurs, pour autoriser...

M. St-André: Il y a des cas où il y a trois ans d'attente.

M. Couillard: Vous savez ce que je pense des trois ans d'attente, hein? Je n'ai jamais vu ça dans ma carrière. Je n'ai jamais vu ça. Je n'ai jamais vu ça. D'écrire ça, d'écrire ça, c'est la raison pour laquelle on est en train de vérifier ce qui se passe dans l'établissement pour la gestion de la liste d'attente. Parce que, moi, j'ai pratiqué pendant 20 ans puis je n'ai jamais vu une affaire de même. C'est certain qu'on peut tout simplement envoyer des demandes, puis les empiler, puis dire: Compte tenu qu'on a 50 000 demandes, bien ça va prendre statistiquement trois ans. Ça, c'est la façon qu'on crée une liste d'attente de trois ans, mais, en pratique, ce n'est pas de même qu'on fait.

M. St-André: Je reviens au cas que j'ai souvent cité en exemple ici, à la commission, de cette dame qui était sur la liste d'attente au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, qui a présenté des plaintes en donne et due forme, notamment au commissaire des services aux plaintes de l'établissement, et la commissaire lui répond: Bien, effectivement, c'est vrai. Le centre hospitalier a téléphoné la plaignante, et c'est le centre hospitalier qui l'a référée à la clinique médicale en face. Et, moyennant un 100 \$, elle a pu avoir un rendez-vous dans les jours qui suivent.

M. Couillard: C'est la raison pour laquelle on est en train de vérifier ce qui se passe dans ce centre hospitalier là. Remarquez bien, théoriquement, il n'y a rien qui empêche un établissement d'informer les gens qu'il existe cette possibilité-là, mais de là à les diriger activement là en sachant qu'ils auront à payer des frais, je pense que là on est dans une zone très grise. C'est pour ça qu'on va voir ce qui se produit là-bas.

M. St-André: Mais il me semble que ce serait néanmoins un progrès si l'ensemble de ces services-là, à tout le moins... D'ailleurs, de toute façon, à la base, j'ai de la difficulté à comprendre comment ça se fait qu'un service est assuré dans un établissement public et pour-quoi est-ce qu'il n'est pas assuré dans un cabinet privé.

M. Couillard: C'est des ententes avec les fédérations médicales lorsqu'on attribue la masse monétaire de la... Bien oui, c'est ça, la façon que ça marche, avec le règlement d'application de l'assurance maladie qui est fait également avec consultation des fédérations médicales. Ils ont... Par exemple, la masse monétaire des spécialistes est actuellement de 1 896 000 000 \$. Bien, c'est eux qui décident, à l'intérieur de la fédération, comment ils utilisent la masse de 1 896 000 000 \$ entre les diverses associations puis entre les divers actes médicaux. Alors...

M. St-André: Alors, essentiellement, ce que ça veut dire, c'est que ce sont des contraintes budgétaires qui font qu'un service est assuré à l'hôpital puis qu'il ne l'est pas en cabinet privé. C'est ça que je dois comprendre?

● (16 h 40) ●

M. Couillard: La capacité publique de payer... Dans les autres provinces, c'est comme ça. La plupart des autres provinces, c'est la même chose. C'était comme ça dans le temps aussi...

M. St-André: Ah bien, alors, ça, ça n'a rien à voir avec l'état de santé du patient.

M. Couillard: Bien, c'est ce que j'ai dit depuis le début. Ça n'a rien à voir avec le service médicalement...

M. St-André: Bon, bien, alors, pourquoi ne pas corriger cette situation-là puis faire en sorte qu'une intervention qui est assurée en établissement ne serait pas assurée également...

M. Couillard: On n'a pas l'intention de le faire, sauf dans les moments où il y a une entente formelle qui lie l'établissement à la clinique. Si le député et son parti veulent recommander que tous les actes soient pris en charge, bien je pense qu'ils peuvent en faire la proposition. Il y aura des occasions de le faire au cours des prochains mois, probablement.

M. St-André: ...

M. Couillard: Mais je crois que c'est correct de le faire, de les prendre en charge, seulement — c'est toujours le même principe; seulement — si les personnes y sont dirigées par l'établissement public, qu'on s'est d'abord assuré que l'établissement public fonctionne de façon optimale et qu'il y a un surplus d'activité à faire faire. À ce moment-là, c'est tout à fait logique que l'État prenne en charge le service. Mais pas dans un service de... un système de bar ouvert où quelqu'un peut aller de son propre chef et envoyer la facture à l'État.

M. St-André: J'ai hâte de voir, M. le Président, comment la situation va se régler au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

M. Couillard: ...

Le Président (M. Copeman): Nous aussi d'ailleurs, M. le député, nous aussi.

M. St-André: Permettez-moi d'être sceptique.

Le Président (M. Copeman): Bien là, on verra. Mais nous aussi. Mme la députée de Champlain, vous voulez contribuer à notre discussion.

Mme Champagne: Oui... hier soir, à 0 h 30, j'ai entendu parlé de l'hôpital Le Gardeur. J'ai dit: Ah, mon Dieu! Ça me poursuit même la nuit.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Champagne: Par contre, il reste que c'était fort intéressant, les discussions, de toute façon.

Deux questions. On sait qu'il y a eu des quotas, un nombre de patients que tu peux recevoir. Bon, ça a fait discuter, puis pas juste à peu près. Est-ce qu'avec la nouvelle façon de faire, avec les associations avec des cliniques, on peut s'attendre à ce qu'il y ait des quotas? Est-ce que ça peut être à risque? Est-ce qu'il y a des chances que ça se produise? Parce qu'il y a une quantité d'argent, on l'a dit tout à l'heure, une masse monétaire, qui sert à des soins. Les soins les plus importants passent avant les autres, tout le monde peut comprendre ça. Si tu es en train de faire une péritonite, évidemment tu vas passer avant celui qui a mal au bout d'un doigt, là, tout le monde le saisit.

Par contre, si on s'en va vers des associations, j'ai toujours le même portrait en tête, tu as les plateaux, tu as tout ce qu'il faut pour soigner tes patients, tu n'as pas avantage à les faire traîner. Si tu es un médecin, là, conséquent avec toi-même, tu veux que tes patients soient opérés si c'est nécessaire. Tu n'as plus d'espace, tu ne peux pas le faire à l'intérieur d'un cadre hôpital, tu guides tes patients vers une clinique médicale associée, puis tous les frais sont couverts. Donc, c'est le même coût, là, ce n'est pas des coûts différents. Que ça se fasse à l'hôpital, que ça se fasse dans la clinique médicale associée, c'est le même prix pour le système. C'est ça que je comprends.

Là, s'il n'y a plus de quotas au niveau des hôpitaux, est-ce qu'il va y avoir des quotas au niveau des cliniques médicales associées ou des centres médicaux spécialisés avec médecins participants?

M. Couillard: Il y a des contrats puis, on a vu dans l'article, il y a des minimums puis des maximums d'activité. Si vous voulez appeler ça des quotas, vous pouvez appeler ça des quotas, comme n'importe quel contrat qui se fait.

Maintenant, ce qui est clair cependant, c'est que le recours... Quelle que soit la façon dont on fait les chirurgies excédentaires dont on a besoin pour améliorer les résultats, là, l'accessibilité, le résultat, c'est un coût accru pour le système. En pratique, des cliniques associées, c'est un coût accru pour le système, de la même façon que faire plus de chirurgies à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, c'est un coût accru pour le système.

La question est de savoir à quel endroit mettre le budget supplémentaire et comment répartir les activités pour que ce soit le plus efficient puis le plus efficace possible pour qu'on puisse en faire le plus possible au meilleur coût puis qu'on arrive au but visé d'augmenter l'accessibilité. Mais ce recours-là n'est pas là pour, entre guillemets, dépenser moins, parce que par définition faire plus d'actes médicaux, ça coûte plus cher, qu'on les fasse dans le centre médical associé ou qu'on les fasse à l'hôpital.

Mme Champagne: Si on a les mêmes exigences, là. C'est ce qui est visé, là.

M. Couillard: Ça coûterait moins cher si on décidait... Un exemple que j'ai soumis fréquemment: si l'hôpital décide qu'il va fermer deux salles d'opération, par exemple, pour faire affaire avec un centre médical

associé, là ça va finir par leur coûter moins cher. Mais ce n'est pas ce qui est visé, c'est de faire des chirurgies ou des volumes en plus de ceux qui sont déjà en pratique.

Mme Champagne: Surtout dans les hôpitaux où les plateaux sont très modernes... On va même parler de Trois-Rivières où il y a eu de grosses améliorations de faites depuis plusieurs années, et sous notre règne et maintenant, on peut se le dire. Et ces plateaux-là, qui ont des services à donner, le font dans un cadre, je pense, en tout cas, tout à fait correct. Si tu prends, parce que tu as trop de cas et non pas parce que tu fermes deux salles, ou une salle, ou une demi-salle... C'est ça, le danger, parce qu'on disait qu'il y avait des salles vides parce qu'il n'y avait pas de médecins pour opérer à l'intérieur de ces salles-là. Je reste toujours avec une question, puis elle va être pendante, j'ai l'impression, encore longtemps: Si j'en manque pour opérer dans nos salles de nos hôpitaux, dont le CHRTR, où je vais les prendre, ces médecins-là pour aller opérer à côté peut-être dans quelques années? On va tous le souhaiter... Mais on s'entend que, pour le même service, la même opération, le système de santé, l'agence de santé qui a une enveloppe va dire: C'est le même coût. Il n'y aura pas de coût différent. Par contre, vous me dites: Si je ferme deux salles et j'envoie tout ça dans une clinique médicale spécialisée ou centre médical — en tout cas, peu importe — associé, là, avec entente, et tout ça, ça me coûterait moins cher d'aller vers ce point-là parce que je n'aurais pas à gérer tout le système qui entoure...

M. Couillard: Ce que j'expliquais, c'est que, quelle que soit la façon dont, au cours des prochaines années, on va réussir à faire plus d'actes médicaux pour améliorer l'accessibilité aux citoyens, de toute façon ça va coûter plus cher. C'est pour ça que, depuis quelques années, on a constamment augmenté, par exemple, le budget dévolu aux chirurgies supplémentaires à faire: hanche, genou, cataracte et maintenant les autres catégories également. C'est une équation simple: plus d'actes, ça coûte plus cher. Alors, il s'agit tout simplement de voir où est-ce qu'on fait le surplus d'actes à faire. On a vu, vous avez vu ici que, dans la grande majorité des régions, incluant la vôtre probablement, ils vont vous dire: bien, on va tout simplement faire plus de volume au CHTR ou dans nos autres hôpitaux régionaux, Shawinigan, etc., puis on va réussir à combler le besoin tout simplement en utilisant encore mieux nos plateaux publics dans l'établissement.

Mais il y a des zones de population dense, comme à Montréal particulièrement, où même en utilisant de façon optimale les plateaux, on ne réussira probablement pas à fournir tout le volume nécessaire, surtout pour les petites chirurgies ou les petits actes qu'on fait en grande quantité et, à ce moment-là, on va pouvoir en faire une partie, de ces actes supplémentaires là, dans la clinique associée, et le résultat, c'est que ça va coûter plus cher aussi. Alors, c'est là qu'entre la question des coûts unitaires... efficacité. Peut-être qu'on va pouvoir démontrer ou pas, ça va dépendre des ententes qui sont suggérées, que la dépense supplémentaire — ce n'est pas une économie, mais c'est une dépense supplémentaire — va être moindre pour faire, disons, 1 000 cas

de plus si on les fait à la clinique associée que si on les fait à l'hôpital. C'est ce genre de phénomène là, mais ce n'est pas pour diminuer les dépenses, c'est pour savoir jusqu'à quel niveau on les augmente parce que de toute façon la facture finale pour le système de santé est une facture augmentée, une facture de coûts accrus.

Mme Champagne: Donc, si on ne parle pas de quota, on peut parler de volumes. Il va y avoir des volumes d'accordés et, sur les parts, il va y avoir sûrement un peu d'essais, si on veut, là, on va vérifier où ça va.

M. Couillard: Minimum, maximum.

Mme Champagne: C'est ça, exactement. O.K., merci.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'on est prêt à voter sur l'amendement?

Mme Harel: M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui. Je retrouvais, là, l'analyse de — voyons — Mme la juge Bénard, de la Cour supérieure, en fait l'analyse du jugement qui est intervenu le 16 août dernier et qui ordonne au gouvernement du Québec de payer 10,8 millions au groupe constitué, là, de femmes qui ont dû déboursier une somme variant entre 200 \$ et 300 \$ pour un avortement en clinique privée. Mais ce que le jugement... dit ceci. Le jugement confirme que «les pouvoirs publics ont l'obligation de fournir dans un délai raisonnable tout service médical couvert par le régime public, et ce, sans frais directs pour les patients. Une personne qui ne peut avoir accès aux soins que requiert son état en temps opportun dans les établissements publics et qui doit s'adresser aux cabinets privés, parce que le gouvernement compte sur ces derniers pour s'acquitter de la tâche, ne peut être contrainte de déboursier des frais accessoires.»

Tantôt, le ministre parlait des cliniques médicales associées qui dispenseraient des services à la fois à des patients référés par l'établissement, auquel cas le patient n'aurait pas à payer les frais accessoires, mais également à des patients s'adressant directement à la clinique privée qui auraient, eux, à déboursier des frais accessoires. Ce que je comprends, là, du jugement, là, qui est intervenu en Cour supérieure, c'est que, si cette personne qui s'adresse à la clinique privée directement sans passer par les établissements publics et qui ne peut avoir accès aux soins que requiert son état en temps opportun dans les établissements publics parce qu'ils lui ont dit que c'était finalement un délai d'attente qui était déraisonnable... alors, à ce moment-là, elle ne peut être contrainte de déboursier des frais accessoires. C'est ça, le jugement.

M. Couillard: Ce n'est pas tout à fait des frais accessoires, c'est des actes non assurés qui sont nécessaires pour un acte assuré. Et il faut voir si ce que vous lisez fait partie du jugement ou d'une analyse, là, parce que...

Mme Harel: Une analyse.

M. Couillard: ...le collègue à côté de moi ne se souvient pas d'avoir lu ça dans le jugement.

Mme Harel: Non, c'est une analyse d'une juriste.

M. Couillard: C'est ça. Voilà.

Mme Harel: Mais ce qu'on dit, c'est que — attendez — «le recours aux cliniques privées de médecins participants pour la prestation de services de santé, qu'elles soient affiliées ou non, ne saurait devenir un expédient pour la réduction factice des coûts publics de santé. La privatisation passive — c'est là où j'ai pris la formule, là — ...

M. Couillard: ...dans une analyse.

● (16 h 50) ●

Mme Harel: ...des soins de santé n'est pas une option acceptable.» C'est une analyse de Me Prémont, la vice-doyenne de la Faculté de droit de l'Université McGill.

Alors, je vais, disons, me faire confirmer que, lorsque le ministre se donne le droit d'autoriser ou pas, donc de refuser d'autoriser l'entente intervenue entre un établissement et une clinique privée de participants pour des soins non assurés comme l'échographie, est-ce qu'il se met à l'abri, à ce moment-là, de ce jugement?

M. Couillard: On va le faire d'une autre façon en confirmant la question des soins assurés, non assurés, mais l'effet de ça, par exemple, pourrait être de dire, et là je ne parle pas de l'interruption de grossesse mais d'une autre circonstance: Écoutez... si on nous propose une entente de ce type-là en vertu de l'article 108, serait justement de dire: Écoutez, ce type d'entente là est d'une complexité telle ou pour une situation telle que vous devez plutôt utiliser le véhicule de l'autre article, exemple.

Deuxièmement, pour ce qui est du jugement, puis on aura l'occasion d'y revenir lorsqu'on déposera l'article en question, je crois, là, sur la question spécifique de l'IVG, il faut rappeler l'importance que ce soit une référence du système public de santé vers la clinique privée.

Il est clair que, si on avait adopté un strict point de vue legaliste suite à ce jugement-là, il aurait été immédiatement porté en appel, et probablement qu'il l'aurait été s'il s'était agi d'un autre sujet que l'interruption volontaire de grossesse, qui est un sujet extrêmement délicat et sensible dans lequel on ne veut pas faire de geste inapproprié. Mais il va falloir quand même statuer sur cette question puis définir les choses parce que de laisser les choses flottantes et ouvertes un peu dans un vide comme on le fait actuellement, ça ouvre la porte à un système justement, comme je l'expliquais, de bar ouvert où les gens vont consulter dans le privé puis reviennent avec des factures directement à l'État sans qu'on ait vérifié auparavant si le système public n'était tout simplement pas en état de donner le service dans les délais corrects. Et on aura l'occasion de revenir sur ce débat-là, je crois, là.

Le Président (M. Copeman): Ça va?

Mme Harel: Ça va.

Le Président (M. Copeman): O.K. Est-ce que l'amendement est adopté?

Mme Harel: Un instant, M. le Président.

(Consultation)

Le Président (M. Copeman): Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Je crains... Pourrions-nous procéder au vote sur l'article tel qu'amendé?

Une voix: Oui.

Mme Charest (Rimouski): Oui. Il y a 108.1, aussi, là.

M. Couillard: Oui, c'est l'article 6. C'est le prochain.

Le Président (M. Copeman): Oui. Mais, si vous me permettez, je vais présider puis...

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Vous êtes susceptible, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Non, non. Pas vraiment, mais... Est-ce que l'article 5, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Mme Harel: Sur division.

Le Président (M. Copeman): L'article 5 est adopté sur division. Alors, à l'article 6... Alors, l'article 6, M. le ministre.

M. Couillard: Oui. Merci. Alors, on est à 108.1, qui est un article qu'on a introduit à l'occasion de la loi n° 83, je crois, sur la télésanté.

Le Président (M. Copeman): ...lecture de l'article, ce serait génial, M. le ministre.

M. Couillard: Alors: «Pour pouvoir...» Oui. Je vais essayer de mériter ce qualificatif, M. le Président. Alors, 108.1: «Pour pouvoir offrir à un autre établissement, à un organisme ou à une autre personne ou obtenir de l'un deux des services de télésanté, un établissement doit conclure une entente à cet effet avec cet autre établissement, organisme ou cette autre personne. Cette entente doit prévoir:

«1° la nature précise des services;

«2° la description des responsabilités de chaque partie;

«3° les modalités d'échange d'information afin [etc.];

«4° les mesures qui doivent être prises pour assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.»

Auparavant, on avait, dans l'article tel qu'il existait... Est-ce que vous avez l'article 108.1 de la loi actuelle? Il y a un amendement. Mais l'amendement transforme...

Il s'agit d'une concordance de numéros d'alinéas, là. Au lieu de dire «...deuxième, cinquième, sixième et septième...», «...deuxième, sixième, septième et huitième alinéas de l'article 108 s'appliquent à une telle entente.» Il n'y a pas de — corrigez-moi, là; il n'y a pas de — modification de substance là-dedans. C'est uniquement concordance de numérotation d'alinéas.

Le Président (M. Copeman): Est-ce qu'on peut disposer de l'amendement, Mmes les députées et monsieur? Est-ce que l'amendement est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Discussion sur l'article 6 tel qu'amendé. Est-ce que l'article 6, tel qu'amendé, est adopté?

Mme Harel: Est-ce que télésanté, c'est beaucoup utilisé, c'est de plus en plus utilisé?

M. Couillard: ...de plus en plus également. On a avec le rehaussement du réseau RTSS, là, qui va être fait au cours des prochains mois, la capacité de développer beaucoup plus les services de télésanté. Il a fallu développer le cadre légal pour ça qui n'était pas existant. Par exemple, la question très simple de l'endroit de dispensation du service et de la facturation. Et on a réglé ces problèmes-là avec la loi 83. Il y a un règlement récent de l'assurance maladie qui permet aux médecins de facturer une consultation de télésanté. Maintenant, on a également régi les ententes donnant lieu à la télésanté et à la confidentialité.

Une voix: ...

M. Couillard: Ah bien, ça!

Mme Harel: ...virtuel.

M. Couillard: Virtuel.

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que ça existe?

M. Couillard: Non. C'est que, sérieusement, il y avait un problème légal majeur, c'est que: un, il n'y avait pas de code de facturation pour une consultation télésanté; deux, personne n'avait statué sur l'endroit où se donnait le service. Si, moi, je suis un patient au Nunavik puis que je communique avec un médecin de Montréal, où le service médical est-il donné? Est-ce que c'est au Nunavik ou à l'hôpital de Montréal? Ça a l'air d'une question tout à fait banale, mais elle a dû être réglée par la loi n° 83. En fait, la réponse, c'est à

l'hôpital, parce que c'est là qu'il y a l'encadrement du CMDP de la qualité des soins.

Mme Charest (Rimouski): C'est un avis qu'ils donnent, c'est ça?

M. Couillard: C'est une consultation formelle.

Mme Charest (Rimouski): Consultation.

M. Couillard: Mais le lieu de dispensation de l'acte médical est l'établissement.

Mme Charest (Rimouski): Là où le patient et l'équipe médicale...

M. Couillard: Donc, s'il y a des recours, s'il y a évaluation du CMDP, ça se fait dans le cadre de l'établissement. L'autre chose, c'est la facturation d'une consultation. Pourquoi, à l'époque, ça n'avait pas été introduit? Parce que, un, ça n'existait pas, la télésanté, puis on voulait décourager les consultations à distance, tu sais, bon, sans voir le patient et sans l'examiner. Voilà.

Mme Harel: ...une région, une agence qui n'a pas de système de... Attendez, comment on appelle ça en informatique? Un système..

Une voix: De communication.

Mme Harel: De communication. L'agence de Lanaudière. Elle n'a pas de système de communication encore. On peut communiquer avec les établissements mais pas encore avec l'agence.

M. Couillard: Vous voulez dire avec l'agence pour la vidéoconférence? Pour la vidéoconférence, vous voulez dire?

Mme Harel: Lanaudière. Non, bien plus simple que ça, là, juste pour avoir...

Mme Charest (Rimouski): L'informatisation des données...

Mme Harel: ...l'informatisation des données régionales.

M. Couillard: Ils sont peut-être moins en avance que les autres, mais ils vont bénéficier du programme d'informatisation comme toutes les autres régions, dont le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Bon. Est-ce que nous sommes prêts à voter sur l'article 6?

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Alors, l'article 6, tel qu'amendé, est adopté?

Des voix: Adopté.

Le Président (M. Copeman): Adopté. Alors, nous avons terminé un deuxième bloc. Est-ce que vous souhaitez une petite pause santé, hein?

M. Couillard: Pourquoi pas?

Le Président (M. Copeman): Je suspends les travaux de la commission 10 minutes.

(Suspension de la séance à 16 h 58)

(Reprise à 17 h 13)

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la commission reprend ses travaux.

Discussion par sujets (suite)

Mécanismes de gestion de l'accès

Et nous allons débiter avec le troisième bloc, celui des mécanismes de gestion de l'accès, qui consiste aux articles... des articles 7, 8, 1 et 16, puis d'ailleurs c'est peut-être une partie de 16, même.

Étude détaillée

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Prestation des services de santé et des services sociaux

Les établissements (suite)

Alors, l'article 7, M. le ministre.

M. Couillard: 7, pour lequel il y a un amendement d'ailleurs. O.K. Alors, on entreprend l'étude d'un groupe d'articles qui portent sur la mise en place de mécanismes de gestion d'accès dans les centres hospitaliers.

Je pense que, si... Je retiens des débats qu'on a eu, en commission et à l'Assemblée par la suite, que c'était, des quatre éléments du projet de loi, celui qui fait le plus consensus quant à la nécessité de doter de façon législative les établissements de mécanismes de gestion. On pourrait s'interroger sur le fait qu'il soit nécessaire de le faire de façon législative, après 36 ans d'expérience et d'existence du système de santé. Force est de constater qu'il faut le faire, et on pourra échanger sur cette question.

Alors, il y a un relatif petit nombre d'articles, et le premier que nous étudions est déjà l'objet d'un amendement important, l'article 7, puisqu'on le remplace. On crée un article 185.1 que l'on remplace et qu'on rend encore plus détaillé avec un amendement suggéré. Alors, je sais, M. le Président, que vous aimez toujours qu'on lise l'article tel que présenté et, par la suite...

Le Président (M. Copeman): Mais pas quand il est remplacé dans son ensemble, voyez-vous.

M. Couillard: Bon. Donc, à ce moment-là, on peut d'emblée passer à la lecture de l'amendement.

Le Président (M. Copeman): Exact.

M. Couillard: Ça va? Alors...

Le Président (M. Copeman): Alors, à l'amendement.

M. Couillard: À l'amendement: Article 185.1: «Le plan d'organisation d'un centre hospitalier doit également prévoir l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et sur-spécialisés des départements cliniques du centre. Le mécanisme doit notamment préciser les règles à suivre pour inscrire un usager sur la liste d'accès aux services spécialisés ou surspécialisés de tout département, les modalités de détermination et de communication à l'usager de la date prévisible de l'obtention de ces services de même que, dans les cas où ces services ne pourraient lui être dispensés à cette date, les mesures de rechange devant lui être offertes, telles la fixation d'une nouvelle date à convenir avec l'usager, le recours aux services d'un autre médecin du département concerné ou le recours à un autre établissement. Ce mécanisme est instauré après consultation des chefs de département clinique concernés et du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement.

«Afin d'assurer une gestion uniforme de la liste d'accès prévue au premier alinéa, le ministre peut déterminer les renseignements qui doivent être recueillis et utilisés par les établissements et qui sont nécessaires à la gestion courante de leur liste d'accès. Ces derniers doivent de plus, lorsque le ministre le requiert, communiquer, de la manière et dans les délais qu'il indique, ces renseignements au prestataire choisi en application de l'article 520.3.0.1 afin qu'il les conserve et les gère pour le compte de chacun [des] établissements.»

J'expliquerai les significations dans quelques instants de ça.

«Le plan d'organisation doit de plus identifier le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services. Sous l'autorité du directeur des services professionnels, ce responsable voit à ce que chaque chef de département clinique concerné s'assure, dans son département, du bon fonctionnement du mécanisme. Il est également tenu d'offrir à l'usager qui ne pourra obtenir les services qu'il requiert à la date qui lui a été communiquée les mesures de rechange précisées dans le mécanisme. Enfin, il procède, le cas échéant, aux ajustements requis par les directives du ministre prises en application de l'article 431.2.

«Le directeur général fait rapport au conseil d'administration, au moins tous les trois mois, de l'efficacité du mécanisme central de gestion de l'accès[...], notamment en regard du temps d'attente pour les usagers entre le moment de leur inscription sur la liste d'accès prévue au premier alinéa et celui de l'obtention des services spécialisés et surspécialisés qu'ils requièrent.»

Alors, si on reprend maintenant chaque alinéa séparément, le premier alinéa donne l'obligation — et le terme «doit» est là, on a souvent parlé de la signification

du mot «doit» dans les textes législatifs — au centre hospitalier de prévoir l'instauration du mécanisme de gestion des listes. On donne également les règles à suivre pour inscrire l'usager et la façon dont on doit envisager ce mécanisme, en étant très détaillé. Je réalise que nous y allons de façon très détaillée, et c'est volontaire. C'est qu'on veut que, de façon standardisée et uniforme dans le système de santé, on indique une date prévisible d'obtention des services de même que les solutions de rechange, le type de solutions de rechange qui pourront lui être offertes advenant le cas où cette date ne peut être réussie et bien sûr après consultation avec les chefs de département et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. Alors, ceci est, je dirais, la base même du système de gestion. On aurait pu se contenter de dire: Bien, l'établissement doit avoir un système de gestion de l'accès, et sans aller plus loin. Il nous apparaît nécessaire d'être un peu plus prescriptif quant aux détails et à la façon de mettre en place ce mécanisme-là.

Le deuxième alinéa parle de la nécessité de pouvoir, au niveau ministériel, obtenir des renseignements plus précis et plus fiables sur la situation réelle des services et de l'accès à ces services au moyen d'une banque de données informatisée. Et, lorsqu'on parle d'un prestataire choisi en application de 520.3.0.1, c'est un prestataire qui met en place une banque de données. C'est un mécanisme qu'on a mis en place avec la loi n° 83 dans le...

Une voix: ...

M. Couillard: ...par 30.1, mais qui est similaire à ce qu'on a mis en place pour l'informatisation du réseau. On va voir plus loin, à 30.1, qu'on indique la façon de mettre en place ce mécanisme-là. On va voir qu'il s'agit de données dénominalisées et on va voir également, lorsqu'on fera l'étude de cet article-là, que ce processus a reçu l'assentiment de deux organisations gouvernementales qui s'occupent de la confidentialité des renseignements: bien sûr, la Commission d'accès à l'information et un autre dont je ne retiens maintenant que l'acronyme, le SRIDAI, S-R-I-D-A-I, Secrétariat à la réforme des institutions démocratiques et à l'accès à l'information. Alors, j'ignorais même l'existence de cet acronyme-là.

● (17 h 20) ●

Le troisième alinéa donne l'imputabilité, c'est-à-dire que, quand on ne dit pas qui s'en occupe, c'est comme si personne ne s'en occupe. Alors, il doit y avoir une personne dans chaque établissement qui va être désignée nominalement imputable de la mise en place de ce mécanisme-là et qui est également imputable des offres de substitution qui vont être données au patient lorsqu'il n'obtient pas les services requis à la date prévue, et également, dans un mécanisme d'accès particulier, les ajustements requis par les directives pour mettre en place un mécanisme d'accès particulier.

Et enfin le dernier alinéa fait état non seulement de l'imputabilité du mécanisme et de sa transparence, puisqu'on demande que le directeur général fasse rapport au conseil d'administration au moins tous les trois mois... Là, je souligne, en passant, qu'il y a une modification, par rapport au texte original, qui vient de

la commission parlementaire, où les représentants d'établissements nous ont dit qu'ils trouvaient ça un peu lourd, «tous les mois», comme on avait également prévu de le faire et que de toute façon «tous les mois», ça ne permettrait pas d'apprécier des changements significatifs dans l'état de la liste d'attente ou de l'accessibilité aux services.

Alors, voici donc l'état des lieux et la façon dont on veut commencer à mettre en place ce mécanisme-là. Voilà.

La Présidente (Mme L'Écuyer): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui, M. le... Mme la Présidente, excusez-moi. Alors, Mme la Présidente, le ministre a raison de dire que l'opposition officielle est en principe favorable à l'introduction, dans nos lois, de ce mécanisme central de gestion de l'accès. La question, c'est en fait de voir de plus près son application.

J'avais, la semaine dernière, parlé de cette patiente qui devait se présenter pour une chirurgie du genou dans une clinique privée et qui finalement a été éconduite du fait qu'elle avait une faiblesse, disons, cardiaque qui faisait qu'elle ne pouvait pas obtenir cette chirurgie, mais qui, d'abord, s'était adressée, avant d'aller en clinique privée, qui s'était adressée à l'hôpital au mois d'août. L'hôpital lui avait dit: Rappelez-nous dans trois mois. Elle s'était adressée à l'hôpital au mois de novembre; l'hôpital lui a dit: Rappelez-nous dans trois mois. À chaque fois, avec insistance, elle a voulu laisser son nom sur une liste d'attente, et, à chaque fois, l'hôpital disait: Non, on ne prend pas de... on n'enregistre pas, rappelez-nous dans trois mois.

La question que je me suis posée en regard du mécanisme central de gestion de l'accès, c'est: Quel input une personne en demande de soins va-t-elle avoir? Est-ce que c'est uniquement le médecin spécialiste qui va transmettre à la personne, là — comment l'appelle-t-on? — responsable du mécanisme central de gestion sa propre liste ou autrement, là? Comment est-ce que tout ça va fonctionner?

La Présidente (Mme L'Écuyer): M. le ministre.

M. Couillard: Bien, c'est que le rôle du médecin d'abord est de déterminer s'il y a nécessité du service, donc s'il faut inscrire la personne sur la liste d'accès au service, et, deuxièmement, de prioriser les cas: Ce monsieur ou cette dame est plus urgente que telle autre. Alors, ça, c'est le rôle professionnel. Le rôle de gestion de la liste d'attente est confié à des gens dont ça va être l'occupation à temps plein. Donc, ils vont recevoir chacune de ces demandes d'admission.

Et bien sûr on a répondu aux demandes — et on va le faire dans les articles de mise en vigueur — des associations d'établissements qui nous disent: Demandez-nous pas de mettre ça en vigueur du jour au lendemain pour l'ensemble des services spécialisés de l'établissement. On a indiqué qu'on voulait d'abord le mettre en place pour hanche, genou, cataracte, le faire fonctionner correctement pour ensuite l'étendre aux autres chirurgies parce qu'il faut que ça marche, et, si on le fait trop largement, trop rapidement, ça ne fonctionnera pas.

La différence, c'est que, d'abord, il y a quelqu'un d'imputable, il y a quelqu'un qui va parler à la personne. Trop souvent, une fois qu'on est sur la liste d'attente, on a l'impression qu'on est oublié: personne ne nous appelle; personne ne prend contact avec nous. Et la question de la détermination d'une date probable de service est une question absolument essentielle.

Lorsque j'ai eu l'occasion et le plaisir de visiter des systèmes de santé, dont en Espagne, récemment, où on avait mis en place ce mécanisme-là, j'ai posé la question aux gestionnaires là-bas: Quel est le... Parmi tous ces... Parce que c'est curieux qu'ils font à peu près la même chose, là. Mais, parmi toutes ces règles-là, quelle est la règle qui, d'après vous, est la plus efficace pour diminuer les listes d'attente? Ils ont dit: C'est le... En anglais, ils disent le «prebooking», ça veut dire la façon que, dès que la personne est inscrite, on lui donne une date. Donc, on dit: Monsieur, madame, votre chirurgie va avoir lieu, disons, le 7 avril. Ceci maintenant est acquis. Maintenant, l'organisation va faire en sorte que ça se produise le 7 avril.

Le grand défaut de la gestion actuelle des listes d'attente, c'est qu'ils sont jetés dans une pile, un peu comme on a discuté tantôt pour la radiologie, à Le Gardeur, et, une fois qu'ils sont dans la pile... Bien, je peux vous donner la façon dont ça fonctionnait pour moi puis mes collègues quand j'étais en pratique. Alors, on voit, des jours, des personnes à la clinique externe, on décide qu'ils ont besoin d'une chirurgie — à moins qu'il s'agisse d'une chirurgie urgente où, là, bien sûr, il y a des canaux, là, préférentiels qui sont immédiatement utilisés — et si c'est une chirurgie élective, on va porter la demande au bureau d'admission. Et là, bon, après ça, on a des journées opératoires. Quand on a une journée opératoire, la semaine avant ou deux jours avant, on va au bureau d'admission puis on dit: Bon, bien, regardons là-dedans qui est-ce qu'on devrait appeler pour la chirurgie cette semaine. Et souvent ce n'est pas tout à fait rationnel comme mécanisme, c'est-à-dire que ça va être le patient qui a appelé plusieurs fois au bureau dans les derniers jours, celui pour lequel on a été rappelé à l'ordre, même parfois par lui-même ou par d'autres personnes, et, souvent, c'est... ou quelqu'un dont on sait qu'il est plus souffrant qu'un autre, alors on va le mettre en priorité.

Mme Charest (Rimouski): Si le patient ne rappelle pas, on les annule sur la liste d'attente après un certain temps.

M. Couillard: Bien, on ne les annule pas mais ils deviennent comme dans la pile puis progressivement ils glissent dans le bas de la pile.

Mme Charest (Rimouski): En tout cas, à Rimouski, ils les enlèvent.

M. Couillard: Je ne sais pas si vous vous souvenez, quand le Dr Bolduc est venu ici présenter son système de gestion de listes d'attente, il a dit: Le problème le plus fréquent d'une personne en attente depuis longtemps, c'est que, souvent, cette personne-là a été oubliée par le système. On ne sait plus que... On ne sait plus que monsieur, madame existe, est là sur la liste

d'attente parce qu'elle est constamment tassée vers la partie la plus loin du processus.

Alors, à partir du moment où on demande que l'établissement donne une date prévisible, contacte individuellement la personne, s'assure que toutes les étapes sont faites et préparées pour qu'on arrive à la livraison de ce qui a été promis cette date-là, on fait déjà un très gros progrès. À mon avis d'ailleurs, dans tout ce qu'on fait, là, incluant les cliniques médicales associées, c'est ça qui va avoir le plus d'impacts concrets sur l'accessibilité aux services médicaux, j'en suis convaincu. Et il faut le faire de façon législative parce que malheureusement — puis ce n'est pas un blâme qu'on donne à nos établissements — ils ont tellement de choses à faire et tellement de priorités, le législateur indique que l'accès aux services devient une priorité manifeste et explicite de l'établissement. Et je pense que, si on ne le fait pas de cette façon-là, on risque d'avoir d'abord des résultats très variables d'une région à l'autre, souvent le degré de motivation ou d'organisation des établissements, et on n'envoie pas de message fort gouvernemental que ça doit maintenant être au premier rang des préoccupations.

Alors, toute la différence est dans la façon dont la personne sur la fameuse liste d'accès ou liste d'attente est prise en charge de façon individualisée, qu'elle n'est plus une personne anonyme dans une pile, dans une pile de formules de feuilles d'admission.

La Présidente (Mme L'Écuyer): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Merci, Mme la Présidente. Par rapport à la gestion des listes d'attente, ce que je comprends de ce qu'il y a dans le projet de loi, c'est qu'on va gérer l'attente à partir du moment où il y a un diagnostic, un premier traitement et qu'on va le diriger vers une intervention chirurgicale. Mais l'attente, ce n'est pas juste ça, c'est aussi tout l'épisode de soins avant, et ça, il me semble que ça devrait être aussi géré en quelque part, et ça m'apparaît que ça va être incomplet, la gestion de l'attente, si on ne prévoit pas tous ces épisodes de soins-là.

M. Couillard: Il faut.. Vous avez entièrement raison. D'ailleurs, j'ai, à plusieurs reprises, indiqué que le problème principal d'accès aux services de santé pour les Québécois, pour la majorité d'entre eux, ce n'est pas les chirurgies, c'est l'accès aux médecins de famille. Bon.

Maintenant, il faut être réaliste dans ce qu'on embrasse, hein? Vous connaissez le proverbe, là, si on essaie d'en faire trop, on va manquer notre coup. Alors, c'est certain que ça n'empêche pas, tout ça, de développer les groupes de médecine de famille, d'avoir plus de médecins, de mieux les répartir sur le territoire, de favoriser la prise en charge. Toutes ces choses-là se font. Il viendra peut-être un jour — et j'en parlais justement, l'autre jour, au Collège des médecins de famille; il viendra peut-être un jour — où on va être capables de mesurer tout le processus continu à partir de la demande de consultation de l'omnipraticien jusqu'au traitement puis à la réadaptation. Il faut viser d'en arriver là un jour. Mais, ce que je vous dis, c'est que, si

on essayait de faire ça maintenant, étant donné que c'est des fragments du système de santé qui sont encore dissociés, là, le cabinet de médecin, l'omnipraticien, le médecin de famille, ensuite le cabinet ou la clinique externe du spécialiste, ensuite l'imagerie, ensuite la chirurgie, on n'arrivera pas, là, c'est ça. Et, si on met en place cette culture-là, parce que c'est un changement... Ça n'a l'air de rien, mais c'est un changement profond de culture...

Mme Charest (Rimouski): ...de culture organisationnelle important.

M. Couillard: Si on le met pour ça, on va pouvoir le mettre pour les autres choses également, mais il faut commencer de façon réaliste. Puis j'indique, en passant, qu'on parle de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques, sans préciser qu'il s'agit uniquement de chirurgie, donc on veut éventuellement inclure l'imagerie, par exemple, là, dans ces données-là. Mais j'indique tout de suite que, pour qu'on se mette à inclure l'imagerie dans un mécanisme semblable, ça prend une entente très, très forte avec les médecins sur le concept de pertinence des soins parce que, s'il n'y a pas d'entente sur la pertinence, on peut acheter des centaines d'appareils au cours des prochaines années, au Québec, puis on aura toujours des listes d'attente énormes. Alors, il faut qu'on vérifie que les examens soient demandés de façon pertinente et correcte. D'ailleurs, les radiologues sont ouverts à discuter de ces questions avec nous, mais il faut donc y aller par étapes.

● (17 h 30) ●

Et, la question de la mesure des listes d'attente, il n'y a pas que le Québec qui est touché par ça; l'ensemble des systèmes de santé, sauf peut-être une ou deux exceptions, les mesurent comme ça. À partir du moment où quelqu'un est près d'une chirurgie ou d'une radiographie, bien on l'inscrit sur la liste, sachant fort bien qu'il y a toute une chaîne d'événements auparavant qui également est le siège de problèmes et donc qu'il va falloir, un jour, incorporer ou inclure dans tout ça. Ce n'est pas simple, mais, moi, je suis convaincu que, si on essayait de faire trop largement maintenant, ce serait difficile.

Mme Charest (Rimouski): Dans le fond, ce que vous nous dites, c'est que vous allez commencer par les trois chirurgies qui sont inscrites présentement dans le projet de loi n° 33?

M. Couillard: C'est un...

Mme Charest (Rimouski): Et que graduellement, par règlement, par décret, vous allez...

M. Couillard: Par mise en vigueur.

Mme Charest (Rimouski): Par mise en vigueur.

M. Couillard: Par mise en vigueur, on va le voir, là, on va... Les dispositions transitoires également...

Mme Charest (Rimouski): Vous allez élargir à d'autres types de...

M. Couillard: Parce que c'est un outil, hein? C'est un nouvel outil qu'il faut apprendre à manipuler. Et, si on regarde les exemples internationaux, notamment dans les pays scandinaves, il y a certains pays qui réussissent très bien maintenant à mettre en place ce genre de mécanisme là, quoiqu'on ne connaît pas encore les résultats des dernières affaires qu'ils ont mises sur pied. Les pays qui ont essayé d'un seul coup de donner la garantie d'accès pour l'ensemble des chirurgies se sont tous fourvoyés. Il a fallu se reprendre deux, trois, quatre fois. Je pense que le Danemark est rendu à sa troisième ou quatrième tentative, là. Même chose pour l'Angleterre. Ça a été très long avant qu'ils réussissent à arriver à ça.

Mme Charest (Rimouski): Ce n'est pas juste un aspect technique qui a fait échouer, c'est aussi...

M. Couillard: C'est le trop vaste objectif au début. Il faut...

Mme Charest (Rimouski): O.K. Parce que c'est certain que non seulement on touche à des cultures organisationnelles, mais on touche aussi à des façons de faire, la façon de faire, de tenir les... Ça, c'est important, ces deux changements-là, je comprends ça. Mais ce que j'aimerais savoir, c'est les règles à suivre pour inscrire un usager sur la liste d'accès. J'aimerais ça savoir c'est quoi, les règles? Lesquelles? Et quel type de renseignement va être recueilli, utilisé par les établissements pour bâtir leur système de gestion? Puis en même temps il faudrait voir aussi, là, comment va s'insérer, à travers ça, l'harmonisation d'un établissement à l'autre, parce que, même si vous dites que les mesures de rechange devant lui être faites, soit la nouvelle date à convenir avec l'usager, le recours aux services d'un autre médecin du même département ou le recours à un autre établissement... Et là c'est là que rentre en ligne de compte, à quelque part, l'uniformisation du mécanisme d'accès, parce qu'il faut qu'il y ait une certaine homogénéité. Ça ne veut pas dire que ça doit être un système tellement rigide qu'il n'y ait pas de flexibilité. Ça va prendre de la flexibilité aussi pour que le médecin puisse exercer son jugement diagnostique.

M. Couillard: C'est toujours le médecin qui va faire la priorisation des patients, en tout temps, là. Maintenant, pour la grande majorité des cas, qui sont des cas électifs, où il n'y a pas de différence nette de priorisation, bien il faut les gérer de cette façon-là. Lorsque vous parliez des règles à suivre pour inscrire, bien justement, parlons-en en concret, de ce que ça peut vouloir dire. Au minimum, puis ça va vous surprendre que je dise ça, mais, si je le dis, c'est en connaissance de cause, il faut que ce soit quelqu'un qui ait accepté d'être opéré. Ça a l'air...

Mme Charest (Rimouski): Ça arrive qu'il y en a qui refusent.

M. Couillard: Qu'il ait consenti à être opéré.

Mme Charest (Rimouski): Oui.

M. Couillard: Qu'il soit informé qu'il a besoin ou non, pour revenir au cas que madame citait tantôt... qu'il y ait des consultations préopératoires nécessaires, par exemple, en cardiologie ou en médecine interne, que ces éléments-là soient pris, puis qu'il y ait un degré de priorisation qui soit indiqué par le médecin. Est-ce que c'est un cas urgent? Ça, ça existe déjà sur nos formules d'admission, mais ce n'est pas...

Mme Charest (Rimouski): ...d'évaluation, là.

M. Couillard: Mais ce n'est pas pris en compte dans la gestion de la liste d'attente.

Mme Charest (Rimouski): En termes de menace à la survie. Il y a les grilles d'évaluation...

M. Couillard: Mais il n'y a même pas menace à la survie. Actuellement, il y a urgent, semi-urgent et électif. Et il faut...

Mme Charest (Rimouski): ...menace à la survie, c'est strictement l'urgence?

M. Couillard: Bien ça, c'est les cas d'urgence puis ils sont... Tu sais, il n'y a pas de problème avec les cas d'urgence au Québec. De tout temps, il n'y a jamais eu de problèmes avec les cas d'urgence. La masse de problèmes, c'est pour les procédures électives, qui ne sont pas moins importantes parce qu'elles sont électives, mais qui sont quand même moins urgentes.

Alors, je pense que de convenir d'abord de ces règles-là... Et c'est là qu'il peut y avoir des petites différences d'un hôpital à l'autre ou d'un établissement à l'autre. Puis il faut que ce soit fait en collaboration avec les chefs de département puis le CMDP. Ça ne peut pas se faire isolément par l'administration de l'hôpital. Et ça va, par exemple, faire cesser la pratique où quelqu'un est inscrit sur une liste d'attente en disant: Bien, écoutez, comme il y a une longue attente, on va vous mettre tout de suite sur la liste. Comme ça, éventuellement, vous aurez votre place. Ça arrive plus souvent qu'on pense. Mais cette personne-là n'est pas nécessairement certaine qu'elle veut ou qu'elle doive être opérée, non plus que le médecin. Ça arrive à l'occasion, ces choses-là.

Mme Charest (Rimouski): Ça, c'est les règles.

M. Couillard: Ça, c'est les règles d'inscription. Maintenant, les renseignements qu'on va vouloir centraliser, connaître et centraliser, c'est justement les dates d'inscription, le nombre de personnes qui sont en attente depuis deux semaines, quatre semaines, six semaines, huit semaines, les progrès qui ont été faits, le nombre de chirurgies qui ont été faites pour qu'on puisse être en mesure de suivre, de façon encore plus détaillée... Je dirais qu'on a amélioré la fiabilité des données qu'on a sur les listes d'attente, mais il y a encore beaucoup de chemin à faire.

Mme Charest (Rimouski): ...des renseignements qui font le portrait de la situation pour x établissements...

M. Couillard: Et x régions...

Mme Charest (Rimouski): ...mais ça ne fait pas le portrait de l'individu, là. Les renseignements qu'on retient sur l'individu pour le catégoriser, là, en termes de priorité, ce n'est pas ça?

M. Couillard: Non. Bien, ça peut être sur une base dénominalisée...

Mme Charest (Rimouski): Oui, tout à fait.

M. Couillard: ...c'est-à-dire qu'on peut dire: Bien, sur une liste d'attente de prothèses de hanche, sur 125 personnes sur la liste, bien il y en avait 30 qui étaient considérées comme semi-urgents, 70 comme électifs ou... De la même façon qu'en cardiologie, si vous regardez en cardiologie sur le site Internet, c'est comme ça qu'ils sont séparées ou classées, mais pas sur une base nominalisée. Alors, on verra, dans l'article où on introduit 520.3.0.1, qu'il s'agit de renseignements dénominalisés lorsqu'ils sont transmis aux étages supérieurs de gestion du système de santé.

La Présidente (Mme L'Écuyer): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Le dossier médical du patient, si on le transfère à un collègue soit du même département ou d'un établissement... d'un autre établissement, ça, il n'y a pas de problème parce que le dossier médical va être accessible en tout temps de la même façon que pour...

M. Couillard: C'est ça.

Mme Charest (Rimouski): Il ne peut pas être bloqué par un médecin qui l'a dans sa poche puis qui dit: C'est mon patient, là.

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire, attention, le patient... la personne peut toujours refuser, hein?

Mme Charest (Rimouski): Un patient peut refuser d'être changé de médecin.

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire, supposons qu'on dit: Écoutez, monsieur, madame, votre chirurgie qu'on s'était engagé à faire pour telle date ou en dedans de telle période, pour telle ou telle raison, on a de la difficulté, mais on vous offre d'être opéré par un autre médecin qui, lui, a une faible liste d'attente, ou dans un autre établissement de la région, ou dans une autre région, mais la personne peut toujours dire non. D'ailleurs, si on regarde l'exemple de la radio-oncologie où une grande partie du problème a été résolue de cette façon avec des corridors de services puis des offres aux personnes, il y en a toujours un nombre qui refuse l'offre, qui préfère attendre une semaine ou deux de plus, connaissant les impacts possibles sur leur santé, plutôt que de se faire déplacer pour aller se faire traiter dans une autre région. Alors, ça, c'est important de dire que, pour les citoyens qui nous écoutent, il n'est pas question de prendre manu militari une personne puis

dire: Maintenant, vous changez de médecin, vous allez vous faire opérer. En tout temps, la personne peut choisir de garder son même médecin, mais, à ce moment-là, le système de santé a rempli son rôle qui est de lui présenter une solution pour lui donner le service dans un délai requis.

Évidemment, ce qu'on vise, c'est que tout le monde puisse avoir le service chez eux, là. Puis d'ailleurs, dans la grande majorité des cas, la solution, elle va être simple, ça va être de dire: Écoutez, c'est chez nous que vous allez être opéré, puis ça va être la semaine prochaine. C'est comme ça que ça va se produire en pratique.

Puis d'ailleurs, il y a des expériences, actuellement, très intéressantes là-dessus comme à Saguenay, à Chicoutimi, où ils ont beaucoup réduit le nombre de patients hors délai en procédant exactement de cette façon-là. Le chirurgien-chef là a réservé une période opératoire pour les gens qui sont... qui approchent de la période hors délai. Tous ces gens-là sont contactés et, ce qu'on fait, on leur offre d'être opérés plus rapidement dans leur hôpital par leur médecin. C'est une période de temps opératoire qui est réservée pour ça. Et ils ont eu un succès absolument remarquable en mettant déjà en place, d'une certaine façon, ce qu'on veut faire par voie législative ici.

La Présidente (Mme L'Écuyer): Mme la députée de Rimouski.

Mme Charest (Rimouski): Oui. Vous dites que, dans le plan de l'organisation, il «doit de plus identifier le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services. Sous l'autorité du DSP...» Alors, le DSP, c'est un médecin. Il est responsable de toutes les activités médicales. Est-ce que ce responsable de ce mécanisme de gestion... Quelles seront ses qualifications, les exigences de qualification pour qu'il soit responsable de ce mécanisme?

M. Couillard: Bien, on laisse ça aux établissements. On ne demandera pas qu'il ait telle ou telle qualification professionnelle. Ce ne sera probablement pas un médecin. Ça risque à mon avis, dans mon expérience, d'être souvent une infirmière, qui est une infirmière senior qui travaille déjà au bureau d'admission ou...

Mme Charest (Rimouski): Qui est habituée à faire du triage.

M. Couillard: Qui est habituée à faire ce genre de tâche là, qui va avoir un rôle encore plus individualisé avec les personnes.

Mme Charest (Rimouski): Mais elles vont être sous la responsabilité...

M. Couillard: Du directeur des services professionnels.

Mme Charest (Rimouski): Même si c'est une infirmière, elle ne sera pas sous la responsabilité de l'infirmière-chef, elle va être sous la responsabilité du DSP.

M. Couillard: Du directeur des services... Si cette personne-là est en charge du mécanisme d'accès, elle va être placée sous... Ça peut être une personne qui n'est pas infirmière, également. Mais elle va être sous l'autorité du DSP.

Mme Charest (Rimouski): Et comment chaque chef de département clinique va s'assurer du bon fonctionnement du mécanisme? Je veux dire, ça va être quoi, les mécanismes pour décréter que le mécanisme fonctionne bien, qu'il y a un bon fonctionnement?

M. Couillard: Bien, par exemple, il ne faut pas que le chef du département soit un obstacle au fait qu'on puisse offrir au patient d'être opéré par un autre collègue du même service, au moins l'offrir. Parce que...

Mme Charest (Rimouski): Le chef de département pourrait ne pas offrir à un autre collègue...

M. Couillard: Bien, c'est-à-dire que, si...

Mme Charest (Rimouski): ...pour protéger un collègue X.

M. Couillard: Je ne dirais pas pour ça, mais, s'il faut qu'on manifeste cette souplesse-là, au moins de l'offrir à la personne, parce qu'on sait très bien qu'à l'intérieur des mêmes services et des mêmes départements le volume de liste d'attente est très différent d'un médecin à l'autre, souvent pour de bonnes raisons, parce qu'un médecin va avoir une grande réputation, par exemple, puis recevoir beaucoup de consultations, donc avoir une liste d'attente, mais ça ne veut pas dire que son collègue qui a une plus petite liste d'attente est nécessairement moins compétent ou moins apte à faire la chirurgie. Souvent, si c'est quelqu'un en début de carrière, par exemple, il va avoir moins au début de clientèle ou de référence, puis lui aurait le temps de faire la chirurgie en question, en autant que le patient accepte.

● (17 h 40) ●

Dans mon expérience, en passant, quand on présente aux patients, quand on les voit avant la chirurgie, la situation d'un groupe de médecins qui travaillent ensemble et qui parfois vont collaborer pour s'assurer que les gens sont traités, les gens acceptent ça, dans la grande majorité des cas, lorsqu'ils sont informés au début que ça peut marcher comme ça. Ce qu'il est difficile pour eux d'accepter, c'est que: je suis le patient du Dr X puis j'ai toujours pensé que c'était le Dr X qui m'opérerait puis, tout d'un coup, à brûle-pourpoint, on me dit: Bien, ce n'est plus le Dr X, ça va être le Dr Y.

D'ailleurs, en passant, ce libre choix du médecin, qui est complètement préservé ici, c'est une autre caractéristique, je dirais, positive de notre système, parce que les autres systèmes de santé où les médecins n'ont pas le même statut dans les établissements, pour vous dire ce que j'ai visité ailleurs, bien le libre choix, il est, à toutes fins pratiques, absent, c'est-à-dire que c'est le service qui offre l'acte, et puis vous allez vous faire opérer tel jour par le Dr X que vous n'avez peut-être jamais vu avant puis peut-être que vous ne verrez jamais après non plus.

Mme Charest (Rimouski): J'ai déjà eu une petite intervention puis je n'avais jamais vu l'anesthésiste de ma vie, puis il est arrivé cinq minutes avant pour me dire qu'il m'endormait, là.

M. Couillard: Ça veut dire qu'il a bien fait sa job parce que vous avez gardé un souvenir très, très limité...

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Charest (Rimouski): Sinon, il m'aurait ratée. Moi, je reviendrais sur toute la question des délais médicalement requis, médicalement acceptables. Pour chaque type de problématique, il y a des délais qui ne sont pas les mêmes. Comment le gestionnaire de la liste va les connaître, en tenir compte et gérer cet élément qui est fondamental? Parce que ça ne donne rien de parler de mécanisme de gestion si on ne tient pas compte de cet élément-là. Puis là il ne faut pas que ce soit Pierre, Jean, Jacques qui décident que c'est six mois plutôt que neuf mois, là. Je veux dire, il faut que ce soient des références scientifiques, techniques, reconnues par les spécialistes médicaux experts.

M. Couillard: ...alors, la détermination de ces délais-là, qui peuvent être de deux types, hein: ça peut être des délais médicalement acceptables lorsqu'ils s'appuient sur un consensus scientifique qui existe, mais, s'il n'y a pas de consensus scientifique, ça devient des délais raisonnables où, par consensus, les gens disent, par exemple: C'est six mois.

Mme Charest (Rimouski): Selon la pratique, selon...

M. Couillard: Selon ce qui apparaît raisonnable également aux citoyens, là. Dans l'ensemble des pays d'ailleurs, et curieusement, tout le monde a convergé autour de cette période de six mois pour les chirurgies électives. Parce que, si on attend, je vous le dis tout de suite, là, si on attend d'avoir, pour chaque type de chirurgie, un corpus d'éminents scientifiques qui permettent de déterminer un délai médicalement raisonnable, ce sera une façon de ne jamais le mettre en place, parce que ça n'arrivera jamais.

Mme Charest (Rimouski): Mais pour les trois premiers, là?

M. Couillard: Pour les trois premiers, on en dispose. Alors, c'est la raison pour laquelle on les a choisis. Pour les remplacements à l'articulaire, il a été déterminé, d'après la revue de littérature scientifique, qu'après six mois la chirurgie peut devenir plus compliquée, donc on a choisi ça. Pour les cataractes, on a choisi six mois. Dans le reste du Canada, ils ont choisi quatre mois, mais quatre mois pour les personnes dont la vue est sévèrement atteinte. Donc là, ça devient très compliqué. À partir de quel moment on détermine que la vue est sévèrement atteinte? À partir de quel moment elle ne l'est pas? Nous, on a décidé de prendre six mois, de consensus avec les ophtalmologues, six mois, pour l'ensemble des cas.

Alors, lorsqu'on détermine ces délais-là, on va se trouver donc avec un double... un double set, si vous me permettez, un double ensemble de délais, soit médicalement acceptables, soit raisonnables. On peut prévoir qu'on va se diriger vers la fixation d'un délai raisonnable global de six mois pour les chirurgies électives. Et le fait de pouvoir obtenir les informations, par le mécanisme qu'on vient de voir, des établissements ou des régions va permettre rapidement, au niveau du ministère, de juger si les délais sont respectés ou non et de mettre en place au besoin des mécanismes particuliers d'accès. On va les revoir plus loin dans un article, l'article 16 du projet de loi.

Mme Charest (Rimouski): Parce que je trouve que c'est très important de bien statuer sur ça parce que c'est ce qui va donner l'erre d'aller — excusez l'expression — pour toutes les autres chirurgies qu'éventuellement vous aurez intérêt à mettre sur ces listes-là.

M. Couillard: Chirurgies ou autres, incluant l'imagerie, par exemple.

Mme Charest (Rimouski): Oui, tout à fait.

M. Couillard: Alors ça, ça va devenir pas mal plus compliqué de déterminer quel est le délai raisonnable pour l'imagerie. Par exemple, si votre médecin vous dit: Bien, je veux que vous passiez un scan chaque année pour suivre votre condition, bien ça, c'est le délai raisonnable, ce n'est pas six mois. Par contre, si vous avez un problème de douleur pour lequel on veut avoir...

Mme Charest (Rimouski): Ça va dépendre de la pathologie.

M. Couillard: Ça va dépendre de la situation. Ça va être assez compliqué. C'est pour ça que je vous disais que de bâtir...

Mme Charest (Rimouski): Ça va avec l'état général du patient aussi.

M. Couillard: Puis la situation individuelle. De bâtir un système comme ça pour l'imagerie, ça va nécessiter un fort degré de partenariat avec les professionnels pour déterminer la pertinence puis les niveaux de priorité. Mais, pour les trois premiers, hanche, genou, cataracte, ce sont des domaines où on dispose de délais qui sont dans le domaine du délai médicalement raisonnable.

J'indique également que tous les pays qui ont mis en place des mécanismes semblables n'ont jamais fixé ces délais par voie législative.

Mme Charest (Rimouski): Ils les ont fixés comment?

M. Couillard: Par directive administrative.

Mme Charest (Rimouski): Puis les directives administratives, elles se bâtissent avec les corporations professionnelles?

M. Couillard: Avec les associations médicales ou par consensus.

Mme Charest (Rimouski): Elles sont entérinées par les corporations médicales?

M. Couillard: Bien, par exemple, celles qu'on a déterminées avec les orthopédistes et les ophtalmologues se sont faites avec elles, dans le reste du Canada également.

Maintenant, si on en vient à des délais raisonnables, ça va être par consensus assez large non seulement des associations médicales, mais de la population également. Moi, je crois qu'un délai raisonnable de six mois pour des chirurgies électives, c'est quelque chose qui est correct dans un système de santé comme le nôtre.

Mme Champagne: On y va par législation parce que possiblement qu'on a moins de facilité à s'entendre, à faire consensus?

M. Couillard: Bien, ce n'est pas juste ça, c'est que, d'abord, les choses peuvent changer puis, deuxièmement, là on transforme le système de santé en une vaste cour judiciaire permanente. Tu sais, quel que soit le système, il y a toujours des gens qui vont passer à travers, malheureusement, les mailles du filet, qui vont se retrouver dans une situation où ils vont dépasser de quelques jours ou quelques semaines les délais. On veut que ce soit le moins possible, mais il y en aura toujours. À preuve, dans l'ensemble des pays, les cibles qu'on donne, ce n'est pas, par exemple, 100 % des gens opérés en dedans de six mois, c'est, par exemple, 90 % des gens opérés en dedans de six mois, parce qu'il y a toujours des situations individuelles qui font en sorte que ça ne se produit pas.

Alors, si on se met à légiférer là-dessus, on va avoir des poursuites judiciaires sans arrêt, là, on va judiciaireiser le système de santé, ce n'est pas souhaitable.

Mme Charest (Rimouski): Non, il ne faut surtout pas avoir d'autres CSST.

M. Couillard: Je ne pense pas qu'il y ait aucun gouvernement qui souhaite ça.

Mme Charest (Rimouski): Moi, j'aimerais savoir: un établissement qui gère mal ou qui ne s'assure pas du bon fonctionnement du mécanisme de gestion de la liste d'attente, est-ce qu'il y a des pénalités à quelque part? Et à qui elles vont s'adresser: à l'établissement, au responsable, au chef de département? Ça va être quoi, la hiérarchisation de la responsabilité là-dedans pour s'assurer du bon fonctionnement?

M. Couillard: Bien, d'abord, au niveau même de l'établissement, on a vu qu'il y a une personne imputable, le directeur des services professionnels, qui rencontre le directeur général. Alors, il y a un premier niveau d'imputabilité là.

Si, au niveau de l'établissement, le ministère constatait ou l'agence régionale et le ministère constataient qu'ils ne s'acquittent pas de leurs responsabilités

telles que fixées par la loi, bien c'est la même chose que pour l'ensemble des missions et des obligations d'un établissement, il y a plusieurs façons d'intervenir, soit par avertissement, accompagnement même, jusqu'aux sanctions administratives les plus sévères, mais je ne pense pas qu'on en vienne jamais là, là.

D'ailleurs, à preuve, actuellement, les établissements sont déjà en train de se préparer à ça parce qu'ils savent — ils ont lu le projet de loi, là; ils savent — qu'est-ce qui s'en vient, et la plupart ont nommé un responsable, et la plupart sont déjà en train, avec l'association des établissements, de réfléchir à la façon dont, sur le terrain, ça va se mettre en place. Puis les gens veulent, hein? Les gens des établissements, vous savez comment ils sont motivés.

Mme Charest (Rimouski): ...pénalité, là, de...

M. Couillard: Bien, il n'y a pas de pénalité pour rien. Je veux dire, toutes les obligations des établissements dans la loi de santé et services sociaux, quand même qu'on leur chargerait des amendes, ça vient des fonds publics.

Mme Charest (Rimouski): Non, non, ça vient de...

M. Couillard: Alors, ce sont des mécanismes administratifs de contrôle, de vérification, au besoin, d'indications plus autoritaires ou d'accompagnement, par exemple, pour s'assurer que...

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que le DSP aurait un niveau d'influence ou en tout cas d'autorité un petit peu plus fort par rapport à un médecin qui ne collaborerait pas bien pour transmettre les informations nécessaires?

M. Couillard: Actuellement, c'est difficile, parce que c'est toujours la même chose, hein, les médecins ne sont pas des employés de l'établissement. Les médecins sont des professionnels autonomes de l'établissement.

Mme Charest (Rimouski): Non, ce sont des entrepreneurs professionnels.

M. Couillard: Alors, la seule façon de s'assurer que ça se fasse, ce serait d'inscrire, par exemple, les obligations pour accorder les privilèges à un établissement et les renouveler, c'est-à-dire que la participation au mécanisme de gestion d'accès est obligatoire pour un médecin qui...

Mme Charest (Rimouski): Est-ce que c'est prévu, ça, à quelque part pour...

M. Couillard: Bien, il va falloir que les comités des titres fassent l'exercice au niveau de chaque établissement. On ne peut pas le faire de façon législative.

Mme Charest (Rimouski): Donc, il pourrait y avoir une directive du ministère qui incite les...

M. Couillard: Ça ne peut pas être une directive du ministère parce qu'on parle...

Mme Charest (Rimouski): Ça peut être du Collège des médecins.

M. Couillard: Même pas. Il faut que ça vienne... D'après le statut des médecins, on revient toujours à ça, il faut que ce soient les CMDP qui, par leurs comités des titres, décident qu'ils veulent mettre ça comme obligation. C'est notre grand défi ici, là, comme dans beaucoup d'autres domaines du système de santé.

Mme Champagne: Bien évidemment, dans un hôpital, ils ont le même plateau pour opérer, donc ils font toujours — ils le font déjà, d'ailleurs — les priorités de leurs propres clients, de l'importance qu'ils ont à donner à ça. Est-ce que le responsable qui va être nommé va devoir être en étroite collaboration pas rien qu'à peu près avec ces gens-là?

M. Couillard: Ah, bien oui.

Mme Champagne: Il va-tu y avoir des mécanismes de rencontre ou autre? Parce que, sinon, ça va jouer du coude, mais pas rien qu'à peu près.

M. Couillard: Ça, il y en a, des rencontres, je peux vous le dire. Mais ce n'est pas uniquement les rencontres, il existe des mécanismes administratifs qui impliquent les médecins également. Ça porte un nom technique, ça s'appelle les règles d'utilisation des ressources. Alors, par exemple, un établissement a la capacité de se doter de règles d'utilisation des ressources, par exemple, de son plateau technique du bloc opératoire. Comment est-ce qu'on administre les priorités opératoires? Est-ce que les priorités sont données aux services ou aux individus? Ça, c'est un vieux débat dans les salles d'opération du Québec.

Mme Champagne: Parce qu'à date, même avant la loi, on en a parlé tantôt, je suis convaincue qu'il y a des hôpitaux, des établissements qui avaient déjà établi des façons de faire intelligentes. On en a eu même des preuves ici, en commission parlementaire.

M. Couillard: C'est ça.

● (17 h 50) ●

Mme Champagne: Bon. Alors, à partir du moment où maintenant on l'oblige — c'est même un peu bête d'être obligé de l'obliger, on va se le dire, là, bon — à partir du moment donné où ça devient obligatoire et que c'est dans la loi, je sais bien qu'ils n'auront pas le choix de s'y conformer, mais il y a toute une question d'habitudes et de façons de faire qui vont devoir changer parce que...

M. Couillard: Le pari là-dedans, c'est que...

Mme Champagne: J'essaie de le voir, là, puis...

M. Couillard: Il est clair que, là-dedans, il y a une question de pouvoir interne dans l'établissement, c'est-à-dire que le corps médical abandonne, entre guillemets, un peu de son contrôle sur certaines activités, qui d'ailleurs est utilisé parfois pour développer des rapports de force.

Mme Charest (Rimouski): Donc, c'est ça, nous qui sommes des gens de pouvoir, on n'abandonne pas le pouvoir facilement.

M. Couillard: Développer des rapports de force. Maintenant, l'expérience des endroits où on a mis en place ces choses-là, comme Alma et d'autres, c'est que les médecins constatent rapidement qu'ils y gagnent, c'est-à-dire qu'ils opèrent de façon plus régulière, l'hôpital roule mieux, comme on dit, ça va mieux, la pratique devient plus agréable parce qu'ils n'ont plus à se préoccuper d'une kyrielle de choses qu'ils devaient faire pour faire la chirurgie. Tu sais, c'est un peu comme... Moi, quand j'étais en pratique, je comparais ça un peu à une guerre de tranchées, tu sais. C'est un obstacle après l'autre: il faut voir le patient, ensuite il faut faire les examens, ensuite il faut faire la demande d'admission, ensuite il faut s'assurer que tout est fait avant, ensuite il faut fixer une date de chirurgie. Tu sais, c'est comme un obstacle... une course à obstacles dont actuellement le seul imputable, c'est le médecin.

Mme Champagne: ...que la personne va être nommée...

M. Couillard: Alors, le bon côté, c'est que ça leur permet de transférer ces tâches-là à des gens dont c'est le métier finalement de gérer ces choses-là.

Mme Champagne: Puis que le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services, ce beau grand titre, là, il y a une première condition pour l'engager, c'est du tact, sinon, madame, monsieur...

M. Couillard: Oui, le sens de la diplomatie.

Mme Charest (Rimouski): Moi, je reviendrais sur un élément, c'est l'échéancier que vous vous fixez pour instaurer ces mécanismes de gestion. La première étape, c'est les trois premières chirurgies; la deuxième étape, c'est quoi? Puis trois? Je veux dire, dans le temps, là, ça représente quoi, comme échéancier?

M. Couillard: Ce qu'on va proposer à l'article 48.1 qu'on va discuter plus tard — c'est un amendement d'ailleurs qui est nouveau, suite aux consultations — c'est précisément pour répondre à ça. À notre avis, pour qu'on ait mis en place de façon correcte le mécanisme de gestion d'accès pour les trois chirurgies, ça va prendre environ un an. Par contre, une fois qu'on a mis ça en place pour les trois chirurgies, ça va aller beaucoup plus rapidement pour l'ensemble des procédures, de sorte que, dans ce qui est proposé également, on dit qu'il y a deux ans, à partir de l'entrée en vigueur de l'article, pour mettre en place tout le mécanisme d'accès pour l'accès aux services spécialisés. Et cette instauration doit se faire au fur et à mesure des priorités, selon les délais déterminés par le ministre pour chaque service. Donc, on va, par directive, déterminer progressivement l'extension.

Mme Charest (Rimouski): Ce n'est pas chaque établissement qui va établir ses priorités d'instauration du mécanisme? Ça va être le ministère ou le ministre?

M. Couillard: Ça va être au niveau ministériel parce que ça, les priorités, il faut qu'elles soient les mêmes. Tu sais, si on décide qu'au début c'est hanche, genou, cataracte, puis c'est surtout pour des raisons de fonctionnalité qu'on le fait, bien il faut que le prochain groupe de procédures, ce soit par consensus. On peut décider, par exemple, la chirurgie d'un jour. Tu sais, si on voit les listes d'attente actuelles, on a un problème avec les chirurgies d'un jour beaucoup plus que les chirurgies avec hospitalisation. On pourrait dire: Bien, la chirurgie d'un jour devient le prochain...

Mme Charest (Rimouski): Ça permettrait de consolider le virage ambulatoire.

M. Couillard: Bien oui, bien oui, certainement.

Mme Charest (Rimouski): Ce qui n'est pas tout à fait assuré présentement.

M. Couillard: Bien, on fait en sorte autour de ça de le rendre plus aisé. C'est une longue histoire, le virage ambulatoire, faites-moi pas commencer à raconter l'histoire parce que ça peut être difficile.

Le Président (M. Copeman): Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Oui. Alors, j'écoutais très attentivement cet échange que vous avez eu. Évidemment, comme le soulignaient mes collègues, la problématique demeure que la personne n'obtient une date que lorsqu'elle est inscrite sur la liste, bon, et elle est inscrite sur la liste uniquement quand, disons, le médecin traitant l'inscrit sur la liste.

M. Couillard: Quand il a décidé qu'il y a une nécessité vraiment, qu'il y a une indication...

Mme Harel: Voilà.

M. Couillard: Mais je ne connais pas... En passant, je comprends la difficulté, mais je ne connais pas un système de santé qui ne fait pas ça, là, parce que, sinon, le niveau de complexité devient tellement énorme que ce n'est tout simplement pas faisable.

Mme Harel: Bon. Alors, c'est bien évident, M. le Président, que c'est timide encore, comme premier pas, hein? Je pense qu'on peut tous en convenir. Dans le document de consultation du ministre *Garantir l'accès*, dans le document *Garantir l'accès*, ce qui est... moi, j'allais dire embêtant, c'est que le gouvernement avait promis plus que ça. Dans le document, on parle de délais dans lesquels l'accès serait garanti. Là, on est devant un mécanisme qui prévoit une gestion de délais dans lesquels le traitement ne serait pas garanti. En fait, c'est juste après la fin du délai raisonnable ou, si vous voulez, médicalement acceptable.

M. Couillard: On peut le prendre de l'autre bord, hein, tu sais.

Mme Harel: Alors, finalement, le fardeau de la preuve est à l'envers. On ne garantit pas un accès dans

les délais, on garantit que, s'il y a hors délais, il y aura accès.

M. Couillard: Bien oui, mais l'instrument principal est la mise sur pied du mécanisme de gestion.

Mme Harel: Oui.

M. Couillard: Mais on ne peut pas faire ça, on ne peut pas dire, de façon nationale: C'est comme ça que ça va se faire. Il est impossible de mettre en place une garantie d'accès sans mettre en place un mécanisme de gestion d'accès, et une garantie d'accès ne s'exprime jamais en termes de 100 % des individus traités dans tel délai mais de 90 % ou 95 % des gens traités dans les délais et surtout de la possibilité d'avoir des offres alternes. L'autre chose, pour les chaînes de délais avant l'inscription à la liste, ce n'est pas parce qu'un omnipraticien réfère un patient à un orthopédiste parce qu'il pense qu'il a besoin d'une prothèse de hanche que forcément l'orthopédiste va dire qu'effectivement il a besoin de la prothèse de hanche. Alors, vous voyez déjà un élément de complexité, là. Moi, je passais plus de temps, en clinique, à expliquer aux gens qu'il ne fallait pas qu'ils soient opérés que de les opérer parce que les gens étaient référés.

Mme Charest (Rimouski): Oui, mais, vous, vous étiez neurochirurgien, là.

M. Couillard: Non, non, mais je parle des problèmes de dos, là. Les problèmes de cerveau, ce n'était pas long, en général, ce n'étaient pas les plus compliqués, c'est les problèmes d'hernie discale, par exemple, où beaucoup de patients m'étaient envoyés parce que l'omnipraticien percevait qu'il y avait au moins la nécessité d'un avis spécialisé sur la nécessité ou pas de la chirurgie. Mais, si on commence à mettre le délai à partir du moment où l'omnipraticien envoie la consultation au spécialiste, alors que l'indication n'est même pas confirmée, on ne peut pas faire ça, là.

Mme Champagne: Donc, le délai commence à partir du moment où...

M. Couillard: À partir du moment où le spécialiste a confirmé l'indication puis met le patient sur la liste d'attente.

Mme Champagne: Si le médecin omni — tu permets — voit l'importance et l'urgence, c'est peut-être à lui à faire des pressions auprès du médecin spécialiste.

M. Couillard: Souvent, on a des téléphones... On avait des téléphones d'un omnipraticien qui disait...

Mme Champagne: Ça se fait encore, ça, j'espère.

M. Couillard: Bien oui, j'espère, puis c'est souvent pour ça que je dis ça, d'ailleurs, parce qu'on a l'impression que c'est une sorte de grand système passif où les gens, bon... Mais ce n'est pas comme ça. Les omnipraticiens nous téléphonent, téléphonent au médecin: Écoutez, j'ai référé à votre clinique telle personne, mais, à mon avis, c'est inquiétant parce que ceci, cela, on apprécierait que vous le voyiez plus rapidement. Ça se règle toujours comme ça. Il y a toujours de la place pour voir quelqu'un

pour lequel un collègue appelle parce qu'il est inquiet. Même chose pour les examens radiologiques. Alors, c'est à partir du moment où on constate qu'il y a indication d'une chirurgie, nécessité d'une chirurgie, qu'on l'inscrit sur la liste d'attente. On ne peut pas faire autrement. Si on prend tous les gens au point zéro de leur chaîne de soins en disant que, par définition, ils ont tous besoin d'une chirurgie, on n'y arrivera pas, là.

Mme Harel: Mais là vous êtes vraiment à la fin de l'épisode, là, de soins.

M. Couillard: Au milieu, au milieu.

Mme Harel: Bien, en tout cas, proche de la fin.

M. Couillard: On est au milieu, fin. Mais c'est clair, là, c'est ça. L'accès aux traitements spécialisés, c'est toujours comme ça.

Mme Charest (Rimouski): Parce que, à titre d'exemple, moi, j'ai en mémoire, là, quelqu'un que je connais qui a été référé par son médecin à un orthopédiste parce qu'il avait un problème dans l'épaule et il ne savait pas trop si c'était une déchirure ou enfin... Et ce patient a attendu, sans exagérer, de 10 à 12 mois avant de revoir l'orthopédiste. Pendant ce temps-là, il y a eu: une perte de productivité parce qu'il a été absent du travail, il n'était pas capable d'aller au travail; absence de jouissance de la vie en général, dans le sens que, bon, aucune activité sociale possible parce que la douleur l'empêchant de fonctionner, étant sur médication forte. Lorsqu'est venu le temps de la chirurgie, bien là il a été opéré parce que c'était une déchirure, puis l'orthopédiste a fini par le recoudre.

M. Couillard: Sauf qu'initialement...

Mme Charest (Rimouski): Mais, je veux dire, cette période d'attente, là, elle est fondamentale pour les patients parce que c'est une période importante. Non seulement ça suscite de l'angoisse parce que les gens ne savent pas toujours ce qu'ils ont, ils n'ont pas encore eu vraiment le diagnostic, surtout quand c'est référé par un médecin généraliste à un spécialiste, il y a aussi des arrêts de travail, donc de la perte de revenus. Et là c'est autant la CSST que d'autres types d'assurance qui assument et c'est des coûts, ça, à la société. Et le coût le plus grand, c'est le coût humain parce que c'est les individus: souffrance physique, morale, angoisse, stress, etc. Et là je prends quelque chose de très physique, une déchirure à une épaule, mais on peut très bien, dans certains cas, avoir le même problème pour une personne qui est référée parce qu'elle a une masse, puis on ne sait pas c'est quoi, puis là, le temps d'aller en oncologie, il y a quand même des délais aussi. Mais c'est tant et aussi longtemps que le médecin ne s'est pas prononcé.

M. Couillard: ...

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, compte tenu de l'heure, j'ajourne les travaux de la commission jusqu'à demain, après la période des affaires courantes, afin d'effectuer un autre mandat. Merci.

(Fin de la séance à 18 heures)